



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Sport- und Bewegungstherapie mit
traumatisierten Menschen – Eine Einzelfallstudie aus
dem Projekt Movi Kune“

verfasst von / submitted by

Rainer Csar

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Magister der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 456 482

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

UF Geographie und Wirtschaftskunde
UF Bewegung und Sport

Betreut von / Supervisor:

Dr. Clemens Ley

Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit hat die Intention aufzuzeigen, welche Veränderungen und Entwicklungen bei zwei Menschen, welche traumatische Erlebnisse erfahren haben, durch ein Bewegungs- und Sportprogramm stattfinden können. Die Intervention, die im Jahr 2016 stattfand, wurde im Zuge des Forschungsprojekts „Movi Kune – gemeinsam bewegen“, einer Zusammenarbeit des Instituts für Sportwissenschaften der Universität Wien sowie dem Betreuungszentrum „Hemayat“ durchgeführt. Zur Datensammlung wurden semi-strukturierte Interviews sowie Forschungstagebücher herangezogen. Basis für die Forschungstagebücher war eine teilnehmende Beobachtung. In weiterer Folge wurden die Daten mithilfe der Software „Atlas.ti“ kategorisiert, analysiert und in einen Kontext eingebunden. Aus den Daten geht hervor, dass bei beiden Teilnehmern unterschiedlich stark ausgeprägte Veränderungen hinsichtlich physischer, psychischer und sozialer Aspekte verzeichnet wurden. Die Eingebundenheit in ein soziales Gefüge, die Erfahrung etwas bewältigen zu können und den eigenen Körper wieder zu spüren, das Wissen über Übungen und Techniken, um sich selbst zu beruhigen oder mehr Wohlbefinden zu erlangen, das Erleben von Flow und das damit einhergehende Abschalten von Alltagsproblemen oder einfach wieder einmal Lachen zu können, heben die Ressourcenförderung, welche durch das Bewegungsprogramm entstanden ist, hervor. Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass negative Erfahrungen der Vergangenheit und Gegenwart schwerwiegende Folgen mit sich bringen können.

Abstract

The intention of this thesis is to point out the changes and developments of two traumatised individuals as results of a movement and sports program. The intervention was carried out in 2016 as part of the research project "Movi Kune - gemeinsam bewegen", a cooperation between the Institute of Sports Science of the University of Vienna and the non-profit organisation "Hemayat". In order to collect data, semi-structured interviews were carried out and research diaries were composed based on a participating observation. Using the software "Atlas.ti", data were categorised, analysed and put into context. The data show positive changes in physical, psychological, and social aspects in both individuals. The integration into a social structure, active coping, perceiving the own body, getting knowledge about exercises and techniques to calm oneself down or achieve more wellbeing, the experience of flow and the associated disconnection from everyday problems, or simply being able to laugh highlight the fostering of resources through a sports program. It must not be ignored, however, that experiences of the past and the present can bring about serious consequences.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Abstract.....	4
Inhaltsverzeichnis	5
1 Einleitung	7
2 Theoretischer Rahmen	8
2.1 Traumata! Hintergründe & Lebenssituationen	8
2.2 Was ist ein Trauma?	9
2.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	11
2.4 Traumatherapie	12
2.5 Bewegungstherapie	13
2.6 Bewegung und Gesundheit	15
3 Movi Kune – gemeinsam bewegen	18
3.1 Intervention der Männergruppe 2016	20
4 Methodik und Arbeitsweise.....	21
4.1 Forschungsziele.....	22
4.2 Datenerhebung	22
4.3 Datenanalyse	24
4.3.1 Kategorien Amari & Murad	26
4.3.2 Weitere Kategorien Amari.....	29
4.3.3 Weitere Kategorien Murad.....	30

5	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	35
5.1	Amari	35
5.1.1	Physische Aspekte.....	37
5.1.2	Soziale Aspekte	40
5.1.3	Psychische Aspekte	44
5.2	Murad.....	50
5.2.1	Physische Aspekte.....	52
5.2.2	Soziale Aspekte	54
5.2.3	Psychische Aspekte	62
6	Diskussion & Schlussfolgerung	67
6.1	Entwicklung und Veränderung von Amari.....	67
6.2	Entwicklung und Veränderung von Murad	71
7	Kritik und Ausblick	75
	Literaturverzeichnis	77
	Abbildungsverzeichnis	83
	Tabellenverzeichnis	83
	Eidesstattliche Erklärung.....	84

1 Einleitung

Blickt man in die Zeitungen der letzten Tage, Wochen oder Monate, kommt man an den Begriffen Krieg, Asyl, Grenzen, Flucht oder Tod nicht vorbei. Unsicherheit und Angst sind Schlagwörter, die von bestimmten Medien und politischen Parteien suggeriert werden. Die Frage nach „der Wahrheit“ bleibt offen. Viel wichtiger erscheint der eigene Wohlstand und die Sicherheit im „eigenen Land“. Anstatt die Augen zu öffnen, werden sie geschlossen. Anstatt anderen zuzuhören, hören wir nur uns selbst. Misstrauen übertönt Offenheit.

Glücklicherweise schließen nicht alle die Augen, nein, sie werden auch geöffnet um dahinzusehen, wo es notwendig ist. Zu jenen Menschen, die sich aufgrund von Krieg, Flucht, Folter, politischer oder rassistischer Gewalt oder anderen Menschenrechtsverletzungen in prekären Situationen befinden, unabhängig von Geschlecht, Religion, Herkunft, Bildung, Alter oder anderem. Notwendig ist eine Unterstützung für Menschen in betroffenen Regionen sowie für Menschen, die auf der Flucht sind. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt „Aktion Weitblick“.

Doch mit der Ankunft in einem anderen Land ist es nicht getan. Das Erlebte ist tief verankert. Hoffnungen und Erwartungen werden getrübt. Verluste sind spürbar. Deswegen ist es besonders wichtig, dass Menschen, die traumatische Erfahrungen erlebt haben, nicht allein gelassen werden und es Unterstützung für sie gibt. Unterstützung an jenem Ort wo sie angekommen sind. Einen Teil dazu trägt das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ bei. Mithilfe von Bewegung und Sport soll es zum Erleben und Erfahren von Sicherheit und zur Ressourcenförderung kommen. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf 2 Teilnehmern, die am Projekt Movi Kune teilgenommen haben. Es soll aufgezeigt werden, zu welchen Veränderungen und Entwicklungen es durch das Sport- und Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ hinsichtlich sozialer, physischer und psychischer Aspekte gekommen ist.

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Traumata! Hintergründe & Lebenssituationen

Immer mehr und mehr Menschen sind in den letzten Jahren aus dem Land, in dem sie aufgewachsen sind, gewohnt, gelebt oder sich zu Hause gefühlt haben, vertrieben worden. Im Jahr 2015 ist diese Zahl auf 65,3 Millionen Menschen angestiegen und damit so hoch wie nie zuvor gewesen (United Nations High Commissioner for Refugees, 2016). Die Gründe dafür sind Krieg, Folter, politische oder rassistische Verfolgung und andere Menschenrechtsverletzungen. Weitere traumatische Erlebnisse wie Misshandlungen, Folter, Vergewaltigungen sowie das Miterleben von Gewalt, Mord, Folter oder Ähnlichem zwingen Menschen zur Flucht. Freunde, Familie, die gewohnte Umgebung, Kultur und Gesellschaft, das eigene Haus und vieles mehr müssen oft überstürzt verlassen werden (Dörr, 2008). Die Folgen davon sind schwere Traumatisierungen (Gurris & Wenk-Ansohn, 2009; Summerfield, 1999).

Zusätzlich zu den Traumatisierungen im Ursprungsland erleben geflüchtete Menschen oft auch während der Flucht traumatische Erlebnisse. Die Folge ist, dass etwa 40 % der geflüchteten Personen an Traumafolgestörungen leiden (Ziskoven, 2015). Doch auch im Exil stellt die Situation für die betroffenen Personen oft nicht die erhoffte Entlastung dar. Arbeitsverbot, ungünstige Wohnverhältnisse, Abschiebedruck und Kulturschock sind belastende Faktoren (Koop, 2000). Zu den negativen Auswirkungen zählen auch mangelhafte Sprachkenntnisse, die ein gesellschaftliches Miteinander erschweren und oft zur sozialen Isolation der Betroffenen führen (Nathan et al., 2010). Wenk-Ansohn (2007) nennt diesbezüglich auch noch die Fremdenfeindlichkeit, die Asylsuchenden entgegengebracht wird. In Österreich ist laut dem Rassismus Report von ZARA (Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit) (2015) die Anzahl von rassistischen Übergriffen vor allem gegenüber geflüchteten Menschen deutlich angestiegen. Mit dieser Thematik hat sich auch der österreichische Schriftsteller Peter Turini (2001) beschäftigt. In seinem Theaterstück „Ich liebe dieses Land“ beschreibt er die Hoffnung auf Verständnis und Gastfreundschaft im Exil, welche jedoch mit Hass und Zurückweisung erwidert wird. Dies ist nicht aus der Luft gegriffen, denn auch in der jetzigen westlichen Gesellschaft werden Vorstellungen und Wünsche teilweise zerstört.

Das Ursprungstrauma kann durch diese Faktoren nicht verarbeitet werden. Es kommt zum „doppelten Trauma“ (Ziskoven, 2015, S. 13). In weiterer Folge kann es zur Chronifizierung von traumatischen Symptomen bzw. zur Retraumatisierung kommen, was eine schnelle Besserung unwahrscheinlich macht. Dadurch gelangen betroffene Menschen in eine Abwärtsspirale (Birck, 2004). Die Folgen sind u.a. Depressionen, Suizidalität und andere somatoforme Störungen (Gurris & Wenk-Ansohn, 2009).

2.2 Was ist ein Trauma?

Die ICD-10 (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt traumatische Erlebnisse „als kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaß [...], die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden“ (Hecker & Maercker, 2015, S. 548).

Fischer, Gurris, Pross & Riesesser (2003, S.633) definieren das psychische Trauma als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Die unterschiedlichen Arten der Traumata werden sowohl in der Definition der WHO als auch in der Definition von Fischer et al. (2003) nicht genauer definiert oder bestimmt (Moser & Frey, 2008). Ein Orientierungsschema zur Einteilung traumatischer Ereignisse ist jenes von Maercker (2013). Dieses wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 1: Kategorisierung von Traumata

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle	Langdauernde Naturkatastrophen (z.B: Erdbeben, Überschwemmung)
	Berufsbedingte Traumata (zB: Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)	Technische Katastrophen (zB: Giftgaskatastrophen)
	Kurdauernde Katastrophen (zB: Wirbelsturm, Brand)	
Interpersonelle Traumata (man made)	Sexuelle Übergriffe (zB Vergewaltigung)	Sexuelle und körperlich Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter
	Kriminelle bzw. körperliche Gewalt	Kriegserleben
	Ziviles Gewalterleben (zB: Banküberfall)	Geiselhaft
		Folter, politische Inhaftierung (zB. KZ-Haft)

Quelle: modifiziert nach Maercker (2013, S. 16)

Zum einen wird zwischen menschlich, absichtlich verursachten (man made) und zufälligen, nicht absichtlich verursachten Traumata, zum anderen zwischen kurz- (Typ-I) und langfristigen (Typ-II) Traumata unterschieden. Neben Typ-I sowie Typ-II Traumata gibt es mittlerweile eine weitere Untergruppe, die medizinisch bedingten Traumata. Hierzu zählen u.a. akute lebensgefährliche Erkrankungen. Beispiele hierfür sind kardiale Notfälle oder auch chronische, lebensbedrohliche Krankheiten wie Aids, Schizophrenie oder HIV (Maercker, 2013). Typ-II Traumata und willentlich, durch Menschen verursachte Traumata (man-made), führen in den meisten Fällen zu tiefgreifenden und umfassenderen

Auswirkungen (Hecker & Maercker, 2015; Melcher, 2009). Die Folgen für die betroffenen Personen sind:

- „Schwierigkeiten mit der Selbstregulierung
- Aggression gegen sich selbst und andere
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Dissoziation
- physische Probleme
- gestörtes Selbstkonzept
- mangelnde Fähigkeit zu befriedigenden interpersonalen Beziehungen“ (Melcher, 2009, S. 61)

In weiter Folge kann es nach traumatischen Erlebnissen zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen. Hecker & Maercker (2015) schreiben, dass die bedingte Wahrscheinlichkeit eine Belastungsstörung nach traumatischen Erlebnissen zu entwickeln, bei 8-15 % liegt.

2.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die PTBS „als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation von kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD-10, 2016, F43.1).

Wiedererleben/Intrusion, Vermeidung/Numbing und Überregung/Hyperarousal sind die kennzeichnenden Symptomgruppen. Beim Wiedererleben kommt das traumatische Erlebnis ungewollt in den verschiedensten Formen, beispielsweise in Flashbacks oder Alpträumen, immer und immer wieder in das Bewusstsein der Person. Bei der Vermeidung versuchen die betroffenen Personen alle Erinnerungen, die an das Trauma erinnern, auszuschalten oder zu umgehen. Infolgedessen werden immer weniger Aktivitäten durchgeführt, da überall mögliche Auslöser/Trigger lauern können. Dies führt zu Interessenslosigkeit, emotionaler Distanzierung und auch zum sozialen Rückzug. Die Übererregung ist die Folge vom Wechsel zwischen Wiedererleben und Vermeidung. Betroffene Personen sind Tagsüber wachsam. Minimale Reize, wie etwa eine unabsichtliche Berührung, führen zu Schreckreaktionen. Durch diese Übererregung des autonomen Nervensystems wird auch das Schlafverhalten negativ beeinflusst und das Ein-

bzw. Durchschlafen ist meist nicht mehr möglich. Gegenüber anderen Menschen, die nicht das gleiche erlebt haben, fühlen sich Personen mit PTBS fremd, sie schaffen es nicht, sich auf einfache Abläufe zu konzentrieren. Reaktionen auf emotionale Bedürfnisse oder soziale Interaktion sind ebenso wie die Einordnung und Kontrolle von Körpersignalen gestört (Hecker & Maercker, 2015; Maercker, 2013; Tripolt, 2011). Weitere Symptome sind Kopfschmerzen, erhöhter Puls und Blutdruck, Rückenschmerzen oder andere chronische Muskelverspannungen. Betroffene verlieren das Körpergefühl und entwickeln eine Schmerzunempfindlichkeit. Es kommt zu einer „Entfremdung vom eigenen Körper“ und von sich selbst. Der eigene Körper wird als feindlich betrachtet, Körpersignale und Bedürfnisse können nicht mehr richtig eingeordnet werden (Tripolt, 2011; Wiesmann, 2013). Es entsteht auch ein Gefühl von „[...] Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit. [...] Angst und Depressionen werden häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. [...] Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.“ (ICD-10, 2016, F43.1).

2.4 Traumatherapie

Butollo & Karl (2012) weisen aufgrund der hohen Anzahl an traumatischen Erlebnissen, die mit einem hohen Risiko an Traumafolgestörungen verbunden sind, auf die Notwendigkeit von effektiven Behandlungskonzepten für traumatisierte Menschen hin. Grundlegend für jede Traumatherapie ist das „Eingehen von Kontakt und das Schaffen einer Vertrauensbasis“ (Koop, 2000, S. 565). Die Beziehungsfähigkeit ist besonders bei Menschen, die ein man-made-disaster erlebt haben, eingeschränkt. Menschen, die fliehen müssen, erleben am Weg in ein anders Land meist noch zusätzliche negative/traumatisierende Erlebnisse mit Schleppern oder Mitarbeitern von Grenzschutzorganisationen. Wenn sie im Exil angekommen sind, wird ihnen oft wenig Glauben geschenkt und sie müssen sich im Kontakt mit Behörden oft rechtfertigen. Die Folge ist ein Vertrauensverlust gegenüber allen anderen. Um das Misstrauen zu überwinden und Kontakt sowie Vertrauen zu entwickeln, bedarf es vor allem in den ersten Begegnungen viel Ressourcenarbeit (Gurris & Wenk-Ansohn, 2009; Koop, 2000; Moser & Frey, 2008; Koch & Weidinger von der Recke, 2009).

Das Modell von Butollo & Karl (2012) teilt die therapeutische Behandlung in vier Phasen ein. Diese Phasen sind Sicherheit, Stabilität, Konfrontation und Integration. Die Inhalte aller Phasen beschäftigen sich mit der Symptomreduzierung, der Ressourcenorientierung und der Kontaktprozess- und Beziehungsgestaltung. Obwohl es sich um einen phasenhaften Verlauf handelt, ist eine strikte Trennung nicht möglich und es kommt zu Überschneidungen der einzelnen Bereiche. Relevant für die Intervention „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ sind die ersten beiden Phasen. Grundlegend für die erste Phase sind Wahrnehmungsaspekte. Denn um Sicherheit zu spüren, muss Sicherheit wahrgenommen werden. Das Gefühl von Unsicherheit soll dabei nicht ausgeklammert werden. Die 2. Phase beschäftigt sich mit Stabilität. Im Vergleich zur Außenwahrnehmung steht hierbei die Selbstwahrnehmung deutlich mehr im Vordergrund. Kennzeichnend ist auch die Selbststabilisierung sowie Erfahrungen abseits der Traumata (Butollo & Karl, 2012).

Um eine erfolgsversprechende Behandlung zur Bewältigung von traumatischen Erlebnissen zu realisieren, dürfen neben den traumatischen Symptomen die psychosozialen Bedürfnisse sowie die kulturellen Aspekte nicht in Vergessenheit geraten. Zentrale Voraussetzungen für die betroffenen Personen sind das Gefühl und Erleben von Sicherheit, das Vorhandensein von ausreichend materiellen Ressourcen, das Erfahren von sozialer Anerkennung, Möglichkeiten von sozialem Kontakt und die Entwicklung von Zukunftsperspektiven. Zusätzlich muss die Individualität von jeder einzelnen Person berücksichtigt werden (Eberhard-Kaechele, 2009; Gurris & Wenk-Ansohn, 2009).

2.5 Bewegungstherapie

Oft wird der eigene Körper als stärkste/stärkende Ressource oder als Quelle der Sicherheit beschrieben und wahrgenommen. Besonders nach Traumatisierungen durch Gewalt kann sich diese Ansicht jedoch stark verändern und es kommt zu Misstrauen und Zweifel gegenüber sich selbst. Betroffene distanzieren sich vom eigenen Körper und nehmen diesen als etwas Fremdes wahr. Sie nehmen ihn als etwas, das kontrolliert werden muss, wahr. Der ehemals sichere Rückzugsort „Körper“ wird mit Abscheu oder sogar Hass betrachtet (Eberhard-Kaechele, 2009; Maragkos, 2010). Der Körper ist jener Ort, „der die lebensgeschichtlichen Erfahrungen gespeichert hat“ (Stammermann, 2009, S. 58). Auch Maragkos (2010), Koch & Weidinger von der Recke (2009) und Cserny & Tempfli (2006) weisen darauf hin, dass traumatische Erlebnisse eng mit dem Körper verbunden und dort fest verankert sind. Die logische Konsequenz daraus ist, dass Traumatherapie auch

körperorientiert erfolgen soll. Durch Bewegung soll der eigene Körper wieder als Ressource und Rückzugsort erkannt werden. Dies „bedeutet nicht nur einen Körper zu haben, sondern Körper zu sein“ (Stammermann, 2009, S. 58).

Der Stellenwert von Bewegung und Sport ist seit den letzten Jahren vor allem in den Bereichen Therapie und Rehabilitation im Aufschwung (Fuchs & Schlicht, 2012; Hölter, 2011; Ley, 2007; Schüle & Huber, 2012). Dies zeigt sich auch in der Vielzahl der körperorientierten Therapieformen, die in der Arbeit mit traumatisierten Menschen angewandt werden. Sporttherapie, Tanz- und Bewegungstherapie, integrative Bewegungstherapie, Mototherapie, Atemtherapie, Kunsttherapie, integrative Leib- und Bewegungstherapie, psychomotorische Übungsbehandlung, Kommunikative Bewegungstherapie, Hydrotherapie, körperliches Training, Körperbewusstseinstherapie, sensomotorische Psychotherapie oder konzentrierte Bewegungstherapie sind Beispiele dafür, wie heterogen dieser Bereich ist. Problematisch ist, dass es teilweise zu unklaren Abgrenzungen, Definitionen und Differenzierungen kommt, was den Vergleich der verschiedenen Herangehensweisen erschwert (Jakobs, 2011; Ley, 2007; Ley, Frisch, & Podlecki, 2014; Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014).

Als Eckpfeiler in der therapeutischen, körperorientierten Betreuung nennen mehrere Autoren (Hölter, 2011; Moser & Frey, 2008; Schagerl, 2007) das Salutogenese Modell von Antonovsky. Antonovsky (1997) stellt sich die Frage, wie Menschen es schaffen, trotz extremer Belastungen und Erlebnisse ein stabiles Leben zu führen und das Erlebte zu bewältigen. Die Betrachtungsweise hierfür ist nicht die Pathogenese, die Beschwerden, Schmerzen und Symptome in den Mittelpunkt stellt. Im Vordergrund steht nicht das, was Menschen krankmacht, sondern viel mehr die Entstehung und die Erhaltung von Gesundheit. Gesundheit und Krankheit werden jedoch nicht getrennt betrachtet. Sie befinden sich in einem Kontinuum. In diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum herrscht ein Spannungszustand zwischen Stressoren und Ressourcen. Als Stressoren können traumatische Ereignisse oder andere belastende Erfahrungen bezeichnet werden. Ressourcen werden als Schutzfaktoren oder Widerstandsquellen, auf die ein Mensch zurückgreifen kann, definiert. Gesundheit zeichnet sich also dadurch aus, wie gut ein Mensch in der Lage ist, auf die vorhandenen Ressourcen zurückzugreifen. Antonovsky bezeichnet dies als Kohärenzsinn, welcher sich aus dem Gefühl der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit zusammensetzt. Vor allem bei Kriegs- und Folterüberlebenden ist der Kohärenzsinn stark angegriffen. Die erlebten Ereignisse sind oft nicht verstehbar, irrational und folgen auch keiner Logik.

Betroffene Personen können Ressourcen nicht abrufen oder anwenden (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Wiesmann, 2013; Moser & Frey, 2008). Das Ziel der Salutogenese ist es, Ressourcen zu aktivieren und den Kohärenzsinn zu stärken, sodass das Alltagsleben bewältigt werden kann (Wiesmann, 2013). Dieses Ziel kann mithilfe von Bewegung und Sport erreicht werden. Körperliche Aktivitäten haben neben den positiven physischen Effekten auch bedeutende Auswirkungen auf die psychische und soziale Gesundheit (Banzer, Knoll & Bös, 1998; Biddle & Mutrie, 2008; Brehm, 1998; Nathan et al., 2010; Schagerl, 2007).

2.6 Bewegung und Gesundheit

Biddle & Mutrie (2008) haben die psychologischen Veränderungen, die durch Bewegung und Sport erzielt werden, zusammengefasst. Sie beschreiben u.a., dass es zu positiven Effekten bzgl. des allgemeinen Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls, der Vitalität, der Stimmung, der Selbstwahrnehmung, des Schlafverhaltens, dem Umgang mit Ängsten und des Stresslevels kommt. Nachgewiesen ist auch eine angstlösende und antidepressive Wirkung von Sport (Rosenbaum et al., 2011; Schwenkmezger, 1998; Fuchs & Klaperski, 2012). Die Wirkung kann bei Depressionen sogar mit jener von Antidepressiva verglichen werden (Jakobs, 2011). Ein wesentlicher Vorteil ist jedoch, dass bewegungsorientierte Maßnahmen im Vergleich zu medikamentösen Behandlungen billiger sind und keine unerwünschten Nebenwirkungen mit sich bringen (Ekkekakis, 2013). Es kommt dadurch zu einer „win-win situation“ (Faulkner, 2005 zit. n. Hölter, 2011, S. 61). Neben den positiven Auswirkungen auf die Psyche – bessere Stimmung, Akzeptanz des eigenen Körpers, weniger Ärger, Müdigkeit, Depression und Konfusion, Fortschritt in den Bereichen Vitalität und Ruhe, Steigerung von Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen – kommt es auch zur Verbesserung von körperlichen Erkrankungen, wie etwa Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes oder anderen Herz-Kreislaufkrankungen (Hölter, 2011). Auswirkungen oder Effekte sind meist schon nach wenigen Einheiten erkennbar.

„Häufig ist bei bewegungstherapeutischen Interventionen schon nach relativ kurzer Zeit eine Veränderung von Mimik, Gestik und Körperspannung zu beobachten. Patienten wirken dadurch insgesamt gelöster und lebendiger: ein Eindruck, der sich auf die unmittelbare Begegnung mit einer für sie sinnvollen Tätigkeit – Kleinen Spielen, Entspannungssequenzen, Bewegungen nach Musik – zurückführen lässt. Sie haben für den Augenblick einen Sinn ‚in sich‘ und werden auch so angesehen. Patienten empfinden die Aktivitäten weniger als Therapie, sondern als gelebtes Leben“ (Hölter, 2011, S. 21).

Caddick & Smith (2014) weisen darauf hin, dass der Einsatz von Bewegung und Sport auch in der Behandlung von PTBS positive Auswirkungen hat, und dass dadurch die psychosoziale Gesundheit gestärkt wird. Auch weitere Studien (Diaz & Motta, 2007; Manger & Motta, 2005; Motta, McWilliams, Schwartz & Cavera, 2012) zeigen, dass vor allem durch aerobe Bewegung fortschrittliche Effekte auf die Symptome bei Personen mit PTBS erzielt werden können. In diesem Zusammenhang spielt auch der soziale Aspekt eine bedeutende Rolle. Sozialer Rückhalt, soziale Unterstützung oder auch die Teilnahme an Gruppengeschehnissen sind eine wichtige Gesundheitsressource. Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, kommt es bei Personen mit PTBS oft zur sozialen Isolation bzw. zum sozialen Rückzug. Durch gemeinsame Bewegungsaktivitäten können Menschen wieder Nähe, das Eingebunden-Sein oder sozialen Rückhalt von und zu anderen Personen erfahren (Hölter, 2011). Laut Hölter (2011) und Jakobs (2011) sind die Bewegungsaktivität sowie die Belastungsintensität nicht wesentlich um Verbesserungen bzgl. der physischen Gesundheit zu erzielen. Die Häufigkeit der Bewegungsaktivität hat aber einen wesentlichen Einfluss. Ley & Rato Barrio (2012) vermuten, dass der Einfluss auf die Gesundheit durch Bewegungsprogramme, die mindestens zweimal pro Woche durchgeführt werden, gesteigert werden kann.

Bzgl. des Salutogenese Modells von Antonovsky weisen mehrere Autoren (Hölter, 2011; Irwin, 2009; Schagerl, 2007; Tripolt, 2011) darauf hin, dass die verschiedenen Arten von Bewegung und Sport eines gemeinsam haben - eine ressourcenstärkende Wirkung. Auch Fuchs & Klaperski (2012) betonen sowohl die ressourcenstärkende als auch die stressor-reduzierende Wirkung von Sport. Sie betonen aber auch, dass es hierbei zu einem Dilemma kommen kann. Sport kann einerseits die erwähnten positiven Auswirkungen haben, andererseits kann es durch den erlebten Stress zu einer verminderten Sportaktivität

kommen (Fuchs & Klaperski, 2012). Bei Menschen, die aufgrund von Krieg, Folter, politischer Gewalt oder Fluchterfahrungen traumatisiert worden sind, können durch den Einsatz von Bewegungstherapien v.a. folgende positive Wirkungen erzielt werden. Ressourcenförderung, Vermittlung von Sicherheit und Stabilität, Linderung von physischen und psychosozialen Symptomen sowie ein verbesserter Umgang mit Stress und Emotionen werden positiv beeinflusst (Forester, 2007; Hofer & Hochedlinger, 2014; Koch & Weidinger von der Recke, 2009; Koop, 2002, 2009; Lawrence, De Silva, & Henley, 2010; Ley & Rato Barrio, 2010, 2011a, 2011b, 2012; Moore & Stammermann, 2009; Petzold, 1999; Schmitz, 2006; Strobl, 2014, zit. n. Ley et al., 2014).

3 Movi Kune – gemeinsam bewegen

Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ ist eine Kooperation zwischen der Abteilung Sportpsychologie des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Wien und dem Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende Hemayat (Ley et al., 2014). Hemayat ist ein gemeinnütziger Verein, der 1995 gegründet wurde. Psychotherapeutische, psychologische und medizinische Betreuung für Folter- und Kriegsüberlebende werden angeboten. Im Rahmen des Projekts soll Menschen, die eine unerträgliche Vergangenheit haben, dabei geholfen werden, den Weg in die Gegenwart zu bewältigen. Im Jahr 2015 wurden 753 Menschen aus 48 verschiedenen Ländern betreut. Das Betreuungsangebot von Hemayat ist kostenlos und offen für alle Menschen (Ramirez-Castillo, Heiss, & Heinrich, 2016). „Das Wort ‚Hemayat‘ bedeutet im persischen und arabischen Sprachraum ‚Betreuung‘ und ‚Schutz‘“ (Ramirez-Castillo et al., 2016, S. 4).

Im Projekt Movi Kune wird ein bewegungs- und sporttherapeutisches Programm, das sich an Menschen, die traumatische Erlebnisse aufgrund von Krieg, Folter, politischer Gewalt oder Fluchterfahrungen erlebt haben, angeboten. Die KlientInnen werden von Hemayat betreut oder stehen auf der Warteliste für einen Therapieplatz. Die Teilnahme am Bewegungs- und Sportangebot ist freiwillig, ein Mindestalter von 18 Jahren gilt jedoch als Voraussetzung. Ziel der Intervention ist die Förderung von sozialen, psychologischen und physiologischen Ressourcen sowie die Schaffung von personaler Sicherheit und Stabilität (Ley et al., 2014). Bezogen auf das bereits beschriebene Modell von Butollo & Karl (2012) im Kapitel 2.4, geht es somit um die ersten beiden Phasen der Traumatherapie. Diese sind Sicherheit und Stabilität. Das Ziel der Intervention stellt also nicht die Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen dar. Es sollen Kapazitäten und Ressourcen der Personen in den Mittelpunkt gerückt und der Blickwinkel der Pathogenese vermieden werden. Das Modell der Salutogenese (siehe Kapitel 2.5) kommt somit zum Tragen (Ley et al., 2014).

Ley et al. (2014) betonen, dass die Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der folgenden Faktoren eine zentrale Bedeutung im Projekt Movi Kune hat:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Kraft und Ausdauer
- Verbesserung von Koordination und Beweglichkeit
- Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung
- Stärkung der psycho - physischen Regulierungsfähigkeit
- Stärkung der emotional-affektiven Regulierungsfähigkeit

- Verbesserung der kognitiven Ressourcen
- Verbesserung des Kohärenzsinn
- Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeit

Um die genannten Aspekte zu realisieren, sind Interventionsprinzipien und -strategien entwickelt worden. Demnach soll das Bewegungs- und Sportprogramm eine aktive und bewegte Teilnahme ermöglichen und die Möglichkeit zur Mitgestaltung bieten. Die TeilnehmerInnen sollen in jeder Phase der Intervention die Möglichkeit zum physischen und psychischen Rückzug haben. Dafür muss ein sicherer Raum gewährleistet sein. Um unerwartete oder unvorhergesehene Krisen professionell auffangen zu können, soll in jeder Einheit eine TraumatherapeutIn anwesend sein. Grundsätzlich soll die Intervention gegenwärtige, positive und bedeutsame Erlebnisse fördern sowie Veränderungen und Fortschritte sichtbar machen. Zu den angebotenen Bewegungsinhalten der Interventionen zählen Lauftraining, kleine Spiele, Gymnastik, Tanz und Bewegungsimprovisation, Entspannungsverfahren, Sportspiele, Qigong, erlebnispädagogische Angebote, funktionelle Gymnastik, Atemübungen und andere Bewegungsinhalte (Ley et al., 2014).

Die bisher durchgeführten Untersuchungen im Rahmen des Projekts Movi Kune können positive Auswirkungen im Bereich der Bewegungstherapie aufzeigen. Karning (2016) betont, dass in der Frauengruppe 2015 positive Effekte bezüglich des Kohärenzsinn erzielt wurden. Lippert (2016), der ausgewählte Teilnehmerinnen aus den Interventionen von 2013, 2014 und 2015 analysiert hat, ist zu dem Ergebnis gekommen, dass es bei den teilnehmenden Klientinnen zu Flow Erfahrungen gekommen ist. Er weist daraufhin, „dass Flow-Erleben in der Behandlung von traumatisierten Personen durchaus seine Berechtigung hat“ (Lippert, 2016, S. 72). Strobl (2014) zeigt die vielseitigen Auswirkungen der Bewegungstherapie in der Frauengruppe im Rahmen der Intervention 2013/2014 auf. Die zentrale Aussage ihrer Untersuchung ist, dass die Teilnehmerinnen Sicherheit und Stabilität durch die Stärkung der psychosozialen sowie physischen Ressourcen erfahren haben. Auch bei einer Laufintervention mit Männern im Jahr 2013/2014 weisen Hofer & Hochedlinger (2014) auf positive Effekte hin. Körperwahrnehmung, Selbsteinschätzung und das psychische-, physische und soziale Wohlbefinden sind durch die Bewegungstherapie gestärkt und verbessert worden.

3.1 Intervention der Männergruppe 2016

Genauso wie in vorangegangenen Jahren wurde die Intervention auch im Jahr 2016 aufgrund von kulturellen und religiösen Aspekten in geschlechtergetrennten Kleingruppen durchgeführt. In dieser Forschungsarbeit wird die Männergruppe berücksichtigt. (Da alle Beteiligten Personen der Bewegungsintervention der Männergruppe 2016 männlich waren, wird im Zusammenhang damit nur die männliche Formulierung verwendet). Das Sport- und Bewegungsprogramm hat zweimal wöchentlich, montags von 14:30-16:00 Uhr und freitags von 15:30-17:00 Uhr, für je 90 Minuten stattgefunden. Die erste Interventionseinheit wurde am 07. März 2016 durchgeführt. Bis zur Abschlusseinheit am 27. Juni 2016 hat es somit 29 Einheiten gegeben. Die Einheiten fanden in den Hallen bzw. bei schönem Wetter auf den Außenanlagen des Instituts für Sportwissenschaft statt. Ley et al. (2014) weisen darauf hin, dass der Ablauf der Einheiten möglichst gleich und strukturiert sein soll. Wodurch es für die Teilnehmenden zu einer gewissen Sicherheit kommt. Die Organisation und Abfolge der Bewegungsinhalte dieser Untersuchung wies folgende regelmäßige Grundstruktur auf:

- Einlaufen
- Mobilisations-, Koordinations- und Gleichgewichtsübungen
- Kräftigungsübungen
- Bewegungs-, Sport- und kleine Spiele
- Dehnen, Atem- und Entspannungsübungen

Durchgeführt wurden die Bewegungseinheiten von Clemens Ley, von der Abteilung der Sportpsychologie des Instituts für Sportwissenschaft, der das Projekt gemeinsam mit Hemayat initiiert hat. Sowie dem Psychotherapeuten Walter Ruckhofer und den Sportstudenten Lukas Guwak und Rainer Csar. In der vorliegenden Arbeit werden diese Personen als Trainer bzw. Übungsleiter bezeichnet.

4 Methodik und Arbeitsweise

Die Herangehensweise an die vorliegende Arbeit ist eine Einzelfallstudie. Bei der Datenerhebung für eine Einzelfallstudie werden verschiedenste Methoden und Techniken der Sozialforschung angewendet. Es handelt sich somit weder um eine konkrete Erhebungsmethode wie etwa eine teilnehmende Beobachtung, noch um ein narratives Interview. Es handelt sich um einen sogenannten Approach, einen Forschungsansatz (Lamnek, 2010). Kromrey (2002, S. 523) schreibt, dass bei einer Einzelfallstudie „besonders interessante Fälle möglichst umfassend und zumeist über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet (bzw. befragt, inhaltsanalytisch ausgewertet), beschrieben und analysiert“ werden. Der Fokus soll nicht nur auf wenigen ausgewählten Merkmalen liegen, sondern es soll vielmehr ein realistisches und ganzheitliches Bild des Untersuchungsobjekts aufgezeigt werden. Durch die intensive Auseinandersetzung mit wenigen Personen soll der Zusammenhang zwischen verschiedenen Faktoren ermittelt werden. Dadurch werden die Ergebnisse umfangreicher, komplexer und genauer (Lamnek, 2010). Auch Mayring (2002, S. 42) weist darauf hin, dass die „Komplexität des ganzen Falles, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche in der Ganzheit der Person und der historische, lebensgeschichtliche Hintergrund“ mithilfe von Einzelfallstudien abgebildet werden können.

Die Forschung im Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ fand in Form einer teilnehmenden Beobachtung (siehe Kapitel 4.2) und mittels semi-strukturierten Interviews statt. In dieser Einzelfallstudie ist der Fokus auf 2 Teilnehmer gerichtet. Aus Anonymitätsgründen sind die Namen aller teilnehmenden Männer geändert worden. Die Auswahl der Personen kann folgendermaßen begründet werden. Murad ist ausgewählt worden, da er fast immer an den Bewegungseinheiten teilgenommen hat und die Beobachter viel von ihm dokumentiert haben. Ein weiterer Grund ist, dass er von Beginn an eine sehr präsente und aktive Person in der Gruppe gewesen ist und im Laufe der Intervention merkbare Veränderungen beobachtet worden sind. Amari ist nicht aufgrund der hohen Teilnahme am Bewegungsprogramm ausgewählt worden. Vielmehr kam bei ihm der Aspekt zum Tragen, dass er bemerkenswerte Veränderungen in den Einheiten erfahren hat. Obwohl er nicht regelmäßig teilgenommen hat und äußere Umstände einen wesentlichen Einfluss genommen haben, hat er sich sichtlich verändert. Ausschlaggebend für die Auswahl von Amari und Murad war auch, dass es bei ihnen zu unterschiedlichen Entwicklungen kam.

4.1 Forschungsziele

Mittels der Methode der Einzelfallstudie soll in dieser Arbeit dargestellt werden, welche Veränderungen aufgrund der durchgeführten Bewegungstherapie im Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ bei den ausgewählten Teilnehmern festzustellen sind. Auch der Werdegang der Teilnehmer im Verlauf der Intervention soll aufgezeigt werden. Aus den bisherigen Überlegen können die folgenden Forschungsfragen definiert werden:

- Welche Veränderungen sind durch das Sport- und Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ aus 2016, bei den untersuchten Teilnehmern festzustellen?
- Wie ist die Entwicklung der untersuchten Teilnehmer während der Intervention?

4.2 Datenerhebung

Um bei der Bewegungsintervention an Daten zu gelangen, wurden semi-strukturierte Interviews und eine teilnehmende Beobachtung als Erhebungsform durchgeführt. Die teilnehmende Beobachtungsform ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung und kommt in der Feldforschung zum Einsatz. Ein Vorteil der teilnehmenden Beobachtung ist, dass der/die BeobachterIn ein Teil der Gruppe ist und somit nicht nur eine Außensicht auf die Untersuchungspersonen hat. Durch die aktive Teilnahme ist der/die BeobachterIn in Prozesse miteingebunden, und Verhaltensweisen können in der natürlichen Lebenswelt wahrgenommen werden. Durch die Nähe zu den Beobachteten werden Beziehungen aufgebaut, wodurch Aspekte der Innenperspektive erfasst werden können (Mayring, 2002). Aufgrund verschiedenster Ursachen können oder wollen Personen bestimmte Aspekte teilweise nicht wiedergeben. Erinnerungen an bestimmte Ereignisse sind teils falsch oder lückenhaft, da es zu einem Verdrängungsprozess oder anderem gekommen ist. Mithilfe der teilnehmenden Beobachtung ist der/die ForscherIn nicht auf die Bereitschaft oder Fähigkeit der untersuchten Personen angewiesen (Lamnek, 2010). Obwohl die teilnehmende Beobachtung viele Wege in der Forschung öffnet, kann es auch zu Problemen kommen. Aufgrund von Forschungszielen und –zwecken können bei den BeobachterInnen Wahrnehmungsverzerrungen entstehen. Inhalte, die die Vorstellungen bestätigen, werden bevorzugt registriert. Die Aufnahme von anderen Inhalten wird dadurch unterdrückt. Ein weiteres Problem kann entstehen, wenn sich Beobachtungen über einen längeren Zeitraum erstrecken. Durch die kontinuierliche Beobachtung können wesentliche Merkmale

möglicherweise nicht mehr erfasst werden. Diese sind den BeobachterInnen vertraut und selbstverständlich für sie geworden (Lamnek, 2010).

Es gibt verschiedene Formen der teilnehmenden Beobachtung. Es kann unter anderem bezüglich der Struktur sowie des Aktivitätsgrades der Beobachterin/des Beobachters zwischen aktiv und passiv unterschieden werden. Während die strukturierte Beobachtungsform mit bereits im Vorhinein festgelegten Beobachtungskategorien arbeitet, ist die unstrukturierte Beobachtung offen für das, was während der Intervention passiert. Zur Unterstützung werden aber auch bei der unstrukturierten Form allgemeine Richtlinien verwendet. Diese lassen jedoch einen großen Spielraum (Lamnek, 2010).

Bei der Intervention der Männergruppe 2016 ist die teilnehmende Beobachtung unstrukturiert durchgeführt worden. Die Beobachtenden führten Übungen, Spiele und andere Bewegungsinhalte fast immer aktiv mit den Teilnehmern durch. Aufgrund von Verletzungen ist es jedoch teilweise zu einer passiv teilnehmenden Beobachtung vom Therapeuten oder einzelnen Übungsleitern gekommen.

Einen wesentlichen Teil der teilnehmenden Beobachtung nimmt die Aufzeichnung der Beobachtungsdaten ein. Beim Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ sind die gesammelten Informationen in Forschungstagebüchern verschriftlicht worden. Während der Bewegungseinheiten wurden keine Aufzeichnungen oder Notizen gemacht, da dies ein Störfaktor gewesen wäre. Vor allem bei der teilnehmenden Beobachtung sollte das Beobachtete in Form von Stichpunkten und Notizen sobald wie möglich festgehalten werden. Wenn die Zeitspanne zwischen Beobachtung und Notierung zu groß ist, werden wichtige Details vergessen und die Notizen werden ungenau bzw. weniger brauchbar. Wichtig ist auch, dass die BeobachterInnen all das zu Papier bringen, was sie erlebt, gedacht und erkannt haben. Rechtschreibung und Grammatik sind bei der Rohfassung der Aufzeichnungen sekundär und sollten beim Niederschreiben der Beobachtungsdaten nicht hinderlich sein (Lamnek, 2010).

4.3 Datenanalyse

Neben den Forschungstagebüchern sind auch Protokolle der Erst- und Nachgespräche sowie das Feedback der Therapeuten in die Einzelfallstudie miteingeflossen. Mithilfe der Software Atlas.ti sind diese Dokumente kategorisiert sowie analysiert worden. Die Kategorien sind im Laufe der Auswertung immer wieder adaptiert, ergänzt und zusammengefasst worden. Schlussendlich wurden für Teilnehmer Amari 11 Kategorien und für Teilnehmer Murad 26 Kategorien definiert. Dass es bei Murad zu deutlich mehr Kategorien gekommen ist, lässt sich dadurch erklären, dass es aufgrund der höheren Anwesenheit deutlich mehr Aufzeichnungen über ihn gegeben hat. Wie in der folgenden Abbildung zu sehen ist, sind Kategorien entstanden, die sich nur für Amari oder Murad herauskristallisiert haben. Jedoch entstanden auch Überschneidungen, sodass ein Großteil der Kategorien sowohl für Murad als auch Amari passend gewesen ist.

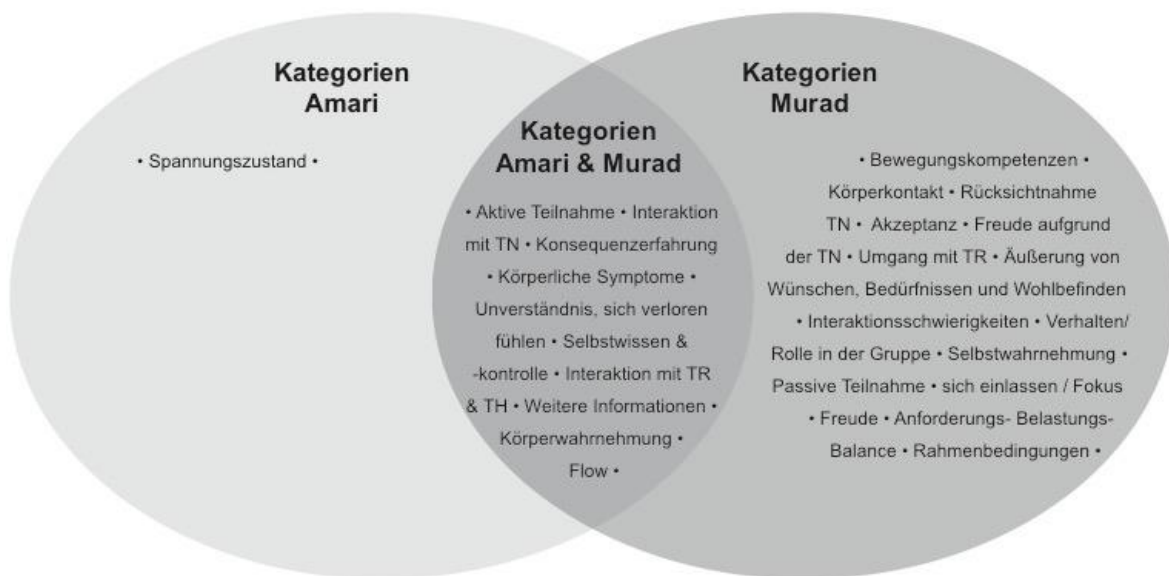


Abb. 1:Kategorienzuweisung (eigene Erstellung, 2017)

Zitation der Dokumente

Die Zitation der Forschungstagebücher ist in der vorliegenden Arbeit folgendermaßen durchgeführt worden: „Amari öffnete seine Jacke, blickte in die Sonne und ließ seinen Kopf zurückfallen. Er atmete tief durch und sein Gesicht war entspannt und zufrieden.“ (Ra, E3, 51:7)

Es handelt sich um einen Tagebucheintrag, der von Rainer verfasst worden ist. Der Eintrag entstand nach der 3. Einheit und hat die Dokumentnummer 51 und die Zitatnummer 7.

Erstgespräche werden folgendermaßen zitiert: „Als ich ihn auf seine körperliche Beweglichkeit in Bezug zu Sporttreiben frage, kommt er immer wieder auf psychische Aspekte zu sprechen. Er wirkt sehr down und verzweifelt.“ (E, Am, 90:4)

Dieses Zitat stammt vom Erstgespräch mit Amari. Die Dokumentnummer ist 90 und die Zitatnummer ist 4.

Ähnlich wie die Erstgespräche sind auch andere Dokumente - Nachgespräche, Krankenhausbericht, Therapeuten Feedback, Erstgespräche von Hemayat - zitiert worden. Die Zitation unterscheidet sich nur dadurch, dass das E, das für Erstgespräch steht, durch das jeweilige Kürzel der anderen Dokumente (siehe folgende Tabelle) ersetzt worden ist.

Die folgenden Abkürzungen werden in der vorliegenden Arbeit verwendet:

Tab. 2: Verwendete Abkürzungen

Cl	- Clemens
Wa	- Walter
Lu	- Lukas
Ra	- Rainer
Am	- Amari
Mu	- Murad
E	- Erstgespräch Movi Kune
N	- Nachgespräch Movi Kune
KHB	- Krankenhausbericht
HYT	- Erstgespräch Hemayat
TN	- Teilnehmer
TR	- Trainer
TH	- Therapeut = Wa
TF	- Therapeuten Feedback

Quelle: eigene Erstellung (2017)

4.3.1 Kategorien Amari & Murad

Körperliche Symptome

Definition:

Schmerzen, Störungen und Einschränkungen, die in Bezug zum eigenen Körper stehen.

Ankerbeispiel:

„Bei der Bauchmuskelübung im Schwebesitz hat Amari das Gesicht verzogen. Er sagte, dass er bei der Übung Schmerzen im Rücken hat, im Bereich der Lendenwirbelsäule. Auch beim Rollen auf dem Rücken hatte Amari Schmerzen.“ (Ra, E9, 53:2)

Selbstwissen & -kontrolle

Definition:

Kontrolle und Bewusstsein der eigenen Leistung sowie Selbsteinschätzung und Kontrolle der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit.

Ankerbeispiel:

„Murad wiederum hat sich diesmal wiederum sehr viel Mühe gegeben beim Einlaufen. Er hat, von allen TN, mit Abstand am lautesten geatmet. Aber seine Temporegulation ist schon viel besser.“ (Lu, E11, 33:3)

Interaktion mit TN

Definition:

Gegenseitiges Beeinflussen, in Kontakt treten, zwischen den Teilnehmern untereinander. Neben den verbalen Aspekten ist hier auch die Beeinflussung durch non-verbale Aktionen gemeint (Karning, 2016)

Ankerbeispiel:

„Beim Namensball lachte Amari sehr oft und sehr laut, da es immer wieder zu Namensverwechslungen kam und Amari die Namen bereits konnte. Auch die anderen Teilnehmer lachten laut mit.“ (Ra, E1, 49:3)

Interaktion mit TR & TH

Definition:

Gegenseitiges Beeinflussen, in Kontakt treten, zwischen den Teilnehmern und den Trainern/Therapeut. Neben den verbalen Aspekten ist hier auch die Beeinflussung durch non-verbale Aktionen gemeint (Karning, 2016).

Ankerbeispiel:

„Amari hat sich ab und an vertan und musste wenn dies der Fall war laut lachen und hüpfte noch etwas weiter. Er war motiviert die Übung erfolgreich zu absolvieren. Auch als sich CI gleich nach ihm bei einem Reifen vertan hat lachte Amari laut und rief ‚aah Clemens‘. CI reagierte mit einem lächeln.“ (Ra, E3, 51:4)

Konsequenzerfahrung

Definition:

Ursache Wirkungszuschreibung. Veränderungen wahrnehmen, erkennen, spüren und auf etwas zurückführen.

Ankerbeispiel:

„Amari erwähnt dass es ihm jetzt nach dem Sport besser geht, dass er jetzt weniger Kopfschmerzen hat. Er sagt er komme nächste Woche wieder und wiederholt dass ihm der Sport hier gut tue.“ (CI, E20, 19:1)

Aktive Teilnahme

Definition:

Bewegungsinhalte werden engagiert ausgeführt und mitgestaltet. Es besteht eine intrinsische Motivation und der Teilnehmer ist bei der Sache.

Ankerbeispiel:

„Beim Basketball spielt er gut mit, d.h. er versucht es und rennt dem Ball nach und so weiter, eine gute Technik oder Basketballfertigkeiten hat er kaum. Er macht auch nicht einen Korb obwohl er es häufig versucht, und er ärgert sich darüber. Er spielt trotzdem motiviert weiter und lacht auch mehrmals.“ (CI, E6, 6:16)

Flow

Definition:

„... ein Bewusstseinszustand, in dem man völlig in dem aufgeht, was man gerade tut, ohne irgendwelche anderen Gedanken oder Emotionen zu haben“ (Csikszentmihalyi & Jackson, 2000, S. 13).

„Die Konzentration ist dabei so intensiv, daß keine Aufmerksamkeit übrig bleibt, um an andere, unwichtige Dinge zu denken oder sich um Probleme zu sorgen. Das Selbstgefühl verschwindet, und das Zeitgefühl wird verzerrt“ (Csikszentmihalyi, 1999, S. 103).

Ankerbeispiel:

„Er lässt sich dann auf das Basketballspielen ein und macht letztendlich richtig mit, läuft sich frei, rennt den Bällen nach. Es war als ob der Kopfschmerz auf einmal weg war und ich sehe ihn häufig fröhlich und sich über einen Korb oder übers Spielen freuen. Das war schön zu sehen. [...]“ (Cl, E6, 6:19)

Unverständnis, sich verloren fühlen

Definition:

Enttäuschungen, Überforderungen oder andere negative Erfahrungen die im Sportprogramm, aber auch abseits davon erlebt werden und negative Auswirkungen auf die betroffene Person haben. In Folge ist die Person frustriert, verzweifelt oder fühlt sich alleingelassen und verloren. Die Wahrnehmung von Situation als „... chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Antonovsky, 1997, S.34; zit.n. Karning, 2016, S. 38).

Ankerbeispiel:

„Amari: wird von mir vormittags zuvor angerufen. er ist am Telefon laut, anklagend, verzweifelt, wegen der ungelösten Wohnsituation. Dzt ist er ohne Wasser und Strom. Der Mann dem er die Miete gezahlt hat ist im Gefängnis, die Wohnung gehört einem Österreicher, der aber alles abgedreht hat. [...]“ (Wa, E20, 78:1).

Körperwahrnehmung

Definition:

Das Spüren und Wahrnehmen von Einflüssen aller Art auf den eigenen Körper. Die Fähigkeit Veränderungen, welche im Bezug zum eigenen Körper auftreten, zu empfinden.

Ankerbeispiel:

„Heute hat Murad mehrmals bei Übungen benannt wo er etwas spüre.
Das war wesentlich differenzierter als in den ersten Einheiten.“ (CI, E19,
18:4)

Weitere Informationen

Definition:

Weitere Informationen, welche aus dem Erst- oder Nachgespräch erhoben wurden.

4.3.2 Weitere Kategorien Amari

Spannungszustand

Definition:

Energielos vs. Energiegeladen; lasch vs. voller Spannung; Kraftlos vs. Kraftvoll; Erschöpft vs. Schwungvoll

Ankerbeispiel:

„Zum wiederholten male fällt mir auf mit welcher Körpersprache Amari in die Einheit kommt. Lasch, Kraftlos und unmotiviert. Nach der Einheit, wie auch dieses mal, geht er aufrecht, mit einem schnell Schritt und zielstrebig weg. Es schien so als würde er nicht mehr an den stressigen Vormittag denken.“ (Ra, E11, 54:6)

4.3.3 Weitere Kategorien Murad

Bewegungskompetenzen

Definition:

Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie Bewegungsaufgaben bewältigt werden.

Ankerbeispiel:

„Haben uns zuerst eingeworfen was teilweise schon recht gut funktioniert hat. Fahid und Amari haben sich recht geschickt angestellt, Hamid und Murad hatten so ihre Probleme.“ (Lu, E4, 27:4)

Körperkontakt

Definition:

Beabsichtigte sowie unbeabsichtigte körperliche Berührungen zwischen den Teilnehmern oder zwischen Teilnehmer und Therapeut/Übungsleiter und die darauffolgende Reaktion der Beteiligten.

Ankerbeispiel:

„Nach dem Laufen war eine wirklich gute Stimmung vor allem Murad und auch Junis waren auffallend gut gelaunt. Haben dann im Schatten der Bäume ein wenig mobilisiert und dabei hat sich Murad (wie selbstverständlich) bei Fahid an der Schulter abgestützt.“ (Lu, E14, 35:7)

Rücksichtnahme TN

Definition:

Die Art und Weise, wie der Umgang, die Beziehung zu den anderen Teilnehmern ist. Die Ausprägung von Faktoren wie Respekt, Unterstützung, Rücksicht, auf das Wohl der anderen bedacht, Wertschätzung, Achtung oder Anerkennung.

Ankerbeispiel:

„Aber ich habe das Gefühl dass es keine Konfrontationen gibt oder dass jemand etwas gegen einen anderen hat. Es ist ein doch eher respektvoller Umgang miteinander (mit der einzigen Ausnahme vielleicht: Ich nicht weiß wie stark Murad Fahid respektiert – ich hatte am Anfang der Einheit

den Eindruck dass er einen Spaß über Fahid gemacht hat in seiner Sprache an Ehan. gerichtet, aber ich bin mir nicht sicher“ (Cl, E2, 2:4)

Akzeptanz

Definition:

Meinungen, Verhaltensweisen, Wünsche, Anweisungen, Bedürfnisse oder andere Aspekte von den anderen Teilnehmern oder Trainern/Therapeut zulassen und akzeptieren.

Ankerbeispiel:

„Er tut sich schwer damit Anweisungen zu folgen und entdeckt mit uns seine komödiantische Ader.“ (Wa, E20, 78:3)

Freude aufgrund der TN

Definition:

Eine positive Stimmung, die aufgrund der anderen Teilnehmer erzeugt wird, und die sich oft durch lachen oder eine wertschätzende Interaktion mit den anderen Teilnehmern ausdrückt.

Ankerbeispiel:

„Interessant war zu sehen wie sich Ehan und Murad das erste Mal begrüßt haben (sind Landsleute), es war offensichtlich das sich ins besonders Murad sehr darüber freute.“ (Lu, E2, 25:1)

Umgang mit TR

Definition:

Die Art und Weise wie der Umgang, die Beziehung zu den Trainern/Therapeut ist. Die Ausprägung von Faktoren wie Respekt, Unterstützung, Rücksicht, auf das Wohl der anderen bedacht, Wertschätzung, Achtung oder Anerkennung.

Ankerbeispiel:

„Wa ist die ganze Einheit auf einem Stuhl am Seitenrand gesessen. Einmal ist er aufgestanden um einen Ball zurückzuspielen. Er ist vom Sessel runtergestürzt und sich selbst auf das Schuhband gestiegen. Murad hat sehr laut und schadenfroh gelacht.“ (Ra, E8, 52:6)

Äußerung von Wünschen/Bedürfnissen/Wohlbefinden

Definition:

Das Verbalisieren von Bedürfnissen und Wünschen in der Gruppe. Aussagen bzgl. des eigenen Wohlbefinden oder zur Gestaltung der Intervention geben. Eigene Meinungen zum Ausdruck bringen.

Ankerbeispiel:

„Murad sagte später ‚Warum nicht Fußball, Volleyball...‘ Er fordert v.a. die großen bekannten Sportspiele. Murad sagt sehr offen was er machen möchte und ist sehr direkt.“ (Ra, E15, 58:2)

Interaktionsschwierigkeiten

Definition:

Verständnisschwierigkeiten und sprachliche Barrieren die in Folge Auswirkungen auf eine Situation hat.

Ankerbeispiel:

„Murad ist sehr schwerhörig, zudem kann er kaum Deutsch. Die Kommunikation war schwierig, aber er versucht sich auszudrücken und die Übungen zu verstehen, und in den Reflexionsphasen konnte Wa hin und wieder mit seinen Russisch-Kenntnissen helfen.“ (CI, E1, 1:6)

Verhalten/Rolle in der Gruppe

Definition:

Die Art und Weise, wie man sich in der Gruppe verhält. Die Rolle in der Gruppe, in der man sich wohl fühlt, die man gerne hätte oder die einem zugeschrieben wird sowie das darauf basierende Verhalten. Hängt eng mit der Kategorie Selbstwahrnehmung zusammen.

Ankerbeispiel:

„Er will vor allem Spielen. Die Mobilisations- und Kräftigungsübungen macht er mit, aber manchmal macht er sich auch etwas lustig darüber und spielt den Clown.“ (CI, E9, 9:9)

Selbstwahrnehmung

Definition:

Aussagen und Verhaltensweisen, über die man sich selbst definiert und wahrnimmt.

Ankerbeispiel:

„Murad belächelt bei den Kräftigungsübungen die ‚geringen‘ Zusatzgewichte die max. 1 kg waren. Er meint, dass er 10 kg will.“ (Ra, E2, 50:6)

Passive Teilnahme

Definition:

Desinteresse und Lustlosigkeit gegenüber Bewegungsinhalten sowie eine unmotivierte Teilnahme und das Fehlen von intrinsischer Motivation. Sich vor bestimmten Bewegungsinhalten drücken oder zurückziehen.

Ankerbeispiel:

„Murad. geht dann auch raus zur Toilette, aber ich glaube er wollte sich einfach nur um das Laufen drücken.“ (Cl, E8, 8:1)

Sich einlassen / Fokus

Definition:

Die Art und Weise, wie sehr man sich auf bestimmte Bewegungsinhalte einlassen kann. Merkmale diesbezüglich sind die Offenheit gegenüber neuen sowie bereits bekannten Inhalten, die Motivation etwas erleben zu wollen, fokussiert bei der Sache zu sein und andere Gedanken auszublenden sowie die Intention etwas mitnehmen zu wollen.

Ankerbeispiel:

„Die TN waren aber total mit sich selbst beschäftigt, Murad hatte überhaupt die Augen zu und haben mit der Übung ‚gerungen‘.“ (Lu, E18, 38:5)

Freude

Definition:

Erfahrungen, über die man lachen kann. Situationen, in denen ein Glücksgefühl ausgedrückt wird. Kennzeichen dafür sind Lachen, eine positive Stimmung, Verspieltheit sowie eine positive Kommunikation mit anderen Teilnehmern

Ankerbeispiel:

„Weiters fiel mir auf das Murad heute entspannt über eigene Fehler lachen konnte, etwas was mir bei ihm noch nicht aufgefallen wäre.“ (Lu, E14, 35:4)

Anforderungs-Belastungs-Balance

Definition:

Bewegungsinhalte, die zu keiner Über- oder Unterforderung führen. Die Anforderungen sind für die Teilnehmer zu bewältigen und haben somit eine positive Auswirkung.

Ankerbeispiel:

„Murad und Junis waren nach den 15 Minuten etwas müde aber es war für sie gut und okay von der Dauer“ (Cl, E5, 5:3)

Rahmenbedingungen

Definition:

Ereignisse und Situationen aus der Gegenwart, Vergangenheit oder Zukunft, die einen Einfluss auf die Person haben.

Ankerbeispiel:

„Er kündigt an zum letzten mal nächsten Montag am Sport teilzunehmen, weil er am 3. Juni 2 Termine habe und während des Rhamadan keinen Sport mache.“ (Wa, E19, 77:3)

5 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Teilnehmer werden bei der Darstellung und Interpretation zur besseren Orientierung in die Überkategorien Physische-, Soziale- und Psychische Aspekte gegliedert. Aussagen und Zitate beziehen sich jedoch in den meisten Fällen nicht nur auf die ausgewählte Überkategorie und sollen nicht isoliert betrachtet werden. Aufgrund des für jeden Teilnehmer unterschiedlichen Kategoriensystems fließen bei den beiden Personen unterschiedliche Kategorien (siehe Kapitel 4.3) in die 3 erwähnten Überkategorien ein.

5.1 Amari

Amari kommt aus einem afrikanischen Land und ist etwa 30 Jahre alt. Wie bereits in Kapitel 4 erwähnt wurde, ist der Name aus Anonymitätsgründen geändert worden. Unklar ist Amaris detaillierte Vorgeschichte. Aus dem Erstgespräch geht jedoch hervor, dass Amari schon lange in Österreich lebt und seine Verletzung von einem rassistischen Überfall stammt (E, Am, 91:4). Der Krankenhausbericht gibt Aufschluss darüber, dass es sich um eine schwere offene Schädelhirnverletzung handelt (KHB, Am, 92:1). Aus den Daten geht auch hervor, dass Amari früher einen Job in Wien hatte (E, Am, 91:4).

Beim Erstgespräch betonte Amari mehrmals, dass er wieder so wie früher sein möchte. In weiterer Folge ist er spontan in Tränen ausgebrochen, hat von seinen Kopf- und Hüftschmerzen erzählt und über seine Suizidgedanken gesprochen. Seit dem rassistischen Überfall und den Folgeverletzungen beschreibt er sich selbst als aufbrausend, intolerant, aggressiv und als „nicht mehr richtig im Kopf“ (E, Am, 91:4; E, Am, 91:5; E, Am, 91:6; E, Am, 91:7). Weil ihn die Männerbehandlung nicht mehr betreut hat, ist er an Hemayat verwiesen worden. Dadurch hat er die Möglichkeit bekommen am Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ teilzunehmen. Aktuell hat Hemayat keinen Kontakt zu Amari.

Wie in der folgenden Tabelle zu sehen ist, hat Amari zu Beginn der Intervention häufig an den Terminen teilgenommen. In den ersten 13 Einheiten war er neunmal anwesend, einmal hat er sich abgemeldet und nur dreimal hat er die Übungsleiter über sein Fernbleiben nicht informiert. In den folgenden 16 Einheiten hat sich dies jedoch stark verändert und er ist nur noch zweimal erschienen. Durch das Fernbleiben in den letzten 8 Einheiten sowie durch die Nicht-Erreichbarkeit konnte kein Nachgespräch durchgeführt werden.

Tab. 3: Anwesenheit Amari

Anwesenheit Amari				
Einheit	Datum	anwesend	abgemeldet	nicht anwesend
E1	7.März 2016	x		
E2	11.März 2016		x	
E3	14.März 2016	x		
E4	18.März 2016	x		
E5	21.März 2016			x
E6	4.April 2016	x		
E7	8.April 2016			x
E8	11.April 2016			x
E9	15.April 2016	x		
E10	18.April 2016	x		
E11	22.April 2016	x		
E12	25.April 2016	x		
E13	29.April 2016	x		
E14	2.Mai 2016			x
E15	6.Mai 2016			x
E16	9.Mai 2016	x		
E17	13.Mai 2016			x
E18	20.Mai 2016			x
E19	23.Mai 2016			x
E20	27.Mai 2016	x		
E21	30.Mai 2016		x	
E22	3.Juni 2016			x
E23	6.Juni 2016			x
E24	10.Juni 2016			x
E25	13.Juni 2016			x
E26	17.Juni 2016			x
E27	20.Juni 2016			x
E28	24.Juni 2016			x
E29	27.Juni 2016			x
Summe		11	2	16

Quelle: eigene Erstellung (2017)

5.1.1 Physische Aspekte

Schmerzerleben, Selbstwissen & -kontrolle, Körperwahrnehmung

Gleich in der ersten Einheit waren die körperlichen Symptome von Amari für alle Beobachter klar erkennbar. Auch die Ungewissheit, ob er über ausreichend Selbstkontrolle und Selbstwissen bzgl. seines Körpers verfügt, war für die Untersuchenden sichtbar.

„Amari kam zu unserer Überraschung und wir freuten uns. Am Anfang merkte ich, dass er Schmerzen verspürt oder unsicher in der Bewegung ist. Insbesondere bei den Mobilisierungs- und Kräftigungsübungen hatte er Schmerzen und Einschränkungen der Hüftbeweglichkeit. Er macht trotzdem mit und wir verweisen, dass er nicht mit Schmerzen die Bewegung ausführen solle und zeigen ein paar Alternativen auf.“ (Cl, E1, 1:1)

„Amari zeigt deutliche Schmerzen in Hüfte, zweifelhaft, ob er ausreichend auf sich achten kann“ (Wa, E1, 65:5)

„Allerdings muß ich anmerken das ich vor lauter Freude darüber wie gut die Übungen funktionierten, übersehen haben das Amari offensichtlich Schmerzen bei den Kniebeugen hatte (CL hat ihm eine Variation gezeigt).“ (Lu, E1, 24:2)

„Nachdem alle Teilnehmer anwesend waren begann das Programm mit dem Einlaufen. Amari hinkte etwas.“ (Ra, E1, 49:1)

„Amari verzog bei einer Mobilisationsübung (Knie anheben – ganzes Bein nach außen drehen – wieder absenken) sein Gesicht und fasst sich auf die Hüfte. Er hatte sichtlich Schmerzen.“ (Ra, E1, 49:2)

Die körperlichen Symptome wurden meist zu Beginn der Einheiten beobachtet und dokumentiert. Bei der Ankunft, beim Mobilisieren oder beim Kräftigen hatte Amari einen schmerzverzerrten Gesichtsausdruck oder klagte über Schmerzen, die vorwiegend den Kopf oder die Hüfte betroffen haben.

„Bei der Bauchmuskelübung im Schwebesitz hat Amari das Gesicht verzogen. Er sagte, dass er bei der Übung Schmerzen im Rücken hat, im Bereich der Lendenwirbelsäule. Auch beim Rollen auf dem Rücken hatte Amari Schmerzen.“ (Ra, E9, 53:2)

„Amari (kommt viel zu spät) klagt über Schmerzen in Hüfte“ (Wa, E4, 68:1)

„Amari kam etwas zu spät, hat uns aber auf den Außenanlagen gefunden. Er klagt über Kopfschmerzen und machte auf mich einen etwas ängstlichen und unsicheren Eindruck, in Bezug zu sich Bewegen und seinen Körper, den er schmerzhaft empfand. Man merkt bei den Übungen dass er Hüftbeschwerden oder zumindest nicht die ganze Bewegungsfreiheit hat.“ (Cl, E6, 6:18)

Verglichen mit den ersten Einheiten hat Amari seine Schmerzen im weiteren Verlauf weniger zum Ausdruck gebracht bzw. ist dies auch seltener dokumentiert worden. Schmerzverzerrte Gesichtsausdrücke waren ebenso wie Handlungen, die darauf hingedeutet haben könnten, kaum mehr zu beobachten (Cl, E13, 13:6). Ein wesentlicher Punkt könnte sein, dass Amari mehr Wissen und Selbstkontrolle über seinen Körper erlangt hat. Aus den Daten geht hervor, dass ihm möglicherweise bewusstgeworden ist, dass er nach intensiven Einheiten, in denen er über seinen Möglichkeiten agiert hat, folglich Schmerzen hatte. Daher hat er begonnen, mehr auf sich zu achten (Wa, E3, 67:1; Cl, E3, 3:3). Vor allem beim Laufen hat er es geschafft, sein Tempo zu finden, durchzulaufen und nicht so weit zu gehen, dass er nach dem Laufen Schmerzen hat (Cl, E3, 3:1; Cl, E9, 9:2; Ra, E3, 51:10; Ra, E9, 53:9).

Mobilisierungs- und Kräftigungsübungen, die Amari schmerzfrei absolvieren konnte, hat er zum Teil in Eigeninitiative durchgeführt. Er schaffte es, sich in diesen Situationen zu kontrollieren und ist sich vermutlich auch über das, was sein Körper verträgt, bewusstgeworden (Wa, E12, 74:4). Auch vor Spielen, wie etwa dem Fußballspielen, wusste er, wann die Belastung für ihn zu intensiv war. „Amari sagt wenn wir ein bisschen vorsichtig hin- und herspielen, ist Fußball in Ordnung.“ (Cl, E9, 9:1) Doch wenn gespielt worden ist, hat er meist enorm viel Einsatz gezeigt und dabei völlig vergessen, auf seinen Körper zu achten.

„Erst wollen wir Basketball spielen, aber weil Amari dann doch kommt, entscheiden wir uns doch für Ultimate Frisbee. Klappt eigentlich ganz gut. Allerdings viel Einsatz und hohe Motivation. Schnelles Spiel, teilweise hektisch.... TN kommen sichtlich außer Atem. Lachten aber häufig und waren sehr beim Spiel dabei. Als wir fragen wie es war, kamen eher zurückhaltende Bemerkungen ‚war okay‘, ‚mir wurde es schwindlig‘ (Murad), auch Amari. War nicht wirklich überzeugt. Irgendwie waren sie im Spiel okay und waren voll im Spiel, aber als wir aufhörten wirkten sie etwas verstört und als ob sie während dem Spiel die Kontrolle verloren hatten und nun erst sich diesem bewusst waren... Es kamen aber auch keine direkten negativen Bemerkungen, man merkte aber eine komische Stimmung, etwas verunsicherte Stimmungslage.“ (Cl, E4, 4:1)

„Amari humpelte etwas beim zurückgehen und griff sich öfter auf den rechten hinteren Oberschenkel.“ (Ra, E13, 56:4)

„Auch in den ersten Einheiten hat Amari mit vollem Elan Basketball gespielt und uns in den darauffolgenden Einheiten mitgeteilt, dass er stärkere Schmerzen in der Hüfte hat. Wir müssen daher bei Spielen mehr auf Amari achten und ihn bremsen.“ (Ra, E13, 56:11)

„Nach dem Spiel sagte Amari, dass er etwas Kopfweg hat.“ (Ra, E9, 53:5)

Amari wunderte sich auch oft über seinen Körper und nahm diesen bewusst wahr. „Bei den Liegestützübungen sowie einer Trizeps Übung sagt Amari zu mir, dass ich mal hinhören soll und es in seinem Ellbogen knackst. Er hatte auch einen Stützstrumpf bei diesen Ellbogen. Er teilte mir mit, dass er keinen Schmerz hat aber das Geräusch komisch ist.“ (Ra, E3, 51:3)

5.1.2 Soziale Aspekte

Interaktion mit den anderen Teilnehmern

Die Interaktion von Amari mit den anderen Teilnehmern hat sich während der einzelnen Einheiten verändert. Zu Beginn der Einheiten war er oft sehr zurückhaltend, ruhig und distanziert. Er begrüßte die anderen Teilnehmer und war stets höflich (Lu, E11, 33:6; Ra, E20, 62:4). Vor allem bei Spielen hat sich das geändert. Er hat begonnen, sehr viel mit den anderen Teilnehmern zu interagieren. Das passierte sowohl verbal auch als nonverbal. Oft versuchte er das Spiel zu organisieren und die anderen zu motivieren.

„Amari hat abgesehen davon das er technisch gut ist ein ausgezeichnetes Spielverständnis, er hat gegen Ende auch versucht das Spiel seiner Mannschaft zu organisieren.“ (Lu, E1, 24:3)

„Beim Spiel übernahm Amari die Führungsrolle und teilt Fahid oft ein.“ (Ra, E13, 56:9)

„Zu Beginn des Spiels hat Lu die Pässe mitgezählt. Im Laufe des Spiels hat diese Rolle immer wieder Amari übernommen und mitgezählt.“ (Ra, E1, 49:4)

„Amari forderte sowohl Mitspieler aus seinem Team mit „Shoot, Shoot“ auf, auf den Korb zu werfen. Erstaunlicherweise hat er das auch bei den ‚Gegnerischen‘ Team gemacht. Er hat Verantwortung übernommen. Amari hat auch bei schönen Aktionen von der anderen Mannschaft geklatscht und gelacht. Die Motivation war enorm hoch und es machte viel Spaß.“ (Ra, E11, 54:3)

In Spielsituationen ist es zu einem positiven Miteinander und viel Interaktion zwischen den Teilnehmern gekommen. Oft herrschte eine gute bzw. fröhliche Atmosphäre. Amari hat gelacht und geklatscht und die anderen Teilnehmer motiviert. Es ist bei den Spielen nicht darum gegangen, wer gewonnen und wer verloren hat. Die Motive Spaß, Spiel und etwas Gemeinsam innerhalb des Teams zu erreichen, standen deutlich im Vordergrund (Cl, E1, 1:4; Ra, E1, 49:3; Ra, E9, 53:4; Ra, E11, 54:14).

Amari hat sehr viel gelacht. Jeder wollte es schaffen. Ich gab das Kommando, wann der Ball gespielt wird. Es war ganz still bevor ich geklatscht habe und alle waren konzentriert. Nachdem der Ball gespielt wurde blickten sofort alle in den Kreis und schauten ob jeder den Ball gefangen hat. Nach einigen versuchen hat es dann mehrmals funktioniert und alle lachten und freuten sich =). Die Stimmung war großartig. Jeder war darauf bedacht, dass auch wirklich jeder andere den Ball fängt und die Übung gemeinsam als Gruppe geschafft wird. (Ra, E11, 54:13)

„Zurückblickend fällt mit auf das heute sehr viel gelacht würde beim Spiel (aus keinem spezifischen Grund, sondern aufgrund guter Stimmung).“
(Lu, E11, 33:7)

Bei anderen Aktivitäten, wie zum Beispiel beim Mobilisieren, war die Stimmung jedoch teilweise drückend. Es war sehr ruhig und kaum jemand hat etwas gesagt (Cl, E6, 6:21). Auch bei Übungen mit bewusstem Körperkontakt ist die Stimmung teils sehr angespannt gewesen und die „[...] Männer gesellten sich nur zögerlich zu einem Partner. Die Aufgabe sich gegenseitig an den Armen und Beinen anzutippen um eine entsprechende Bewegung auszuführen stoß zuerst auf etwas Zurückhaltung bei den Teilnehmern, und auch währenddessen machten sie die Übung nur zögerlich und teilweise mit einem verlegenden Lächeln.“ (Cl, E9, 9:12). Diese Scheu war in Spielsituationen nicht zu erkennen und es wurde ab der ersten Einheit sehr körperintensiv gespielt (Cl, E1, 1:7). Wie bereits erwähnt wurde, war der Kontakt von Amari mit den anderen Teilnehmern sehr positiv und motivierend. Gegenüber Murad hat Amari jedoch gezeigt, dass er von dessen Haltung und Verhaltensweisen nichts hält (Wa, E6, 69:7; Wa, E11, 73:1; Ra, E11, 54:4).

Interaktion mit den Trainern und dem Therapeuten

Die Interaktion mit den Trainern und dem Therapeuten ist im Laufe der ersten Einheiten der Interaktion mit den Teilnehmern sehr ähnlich gewesen. Vor und nach den Spielen war Amari zurückhaltend und ruhig. Bei Fragen nach seinem Wohlbefinden oder bezüglich der Einheiten hat er knapp geantwortet oder hat sich den anderen angeschlossen (Cl, E1, 1:5; Lu, E3, 26:1). Bei Spielen und Übungen hingegen war er fröhlich, offen und kommunikationsfreudig (Ra, E13, 56:8). Schon in der ersten Einheit, wie etwa bei einer Übung mit der Koordinationsleiter, ist Amari ab und zu aus dem Rhythmus gekommen „[...] und musste wenn dies der Fall war laut lachen und hüpfte noch etwas weiter. Er war

motiviert die Übung erfolgreich zu absolvieren. Auch als sich CI gleich nach ihm bei einem Reifen vertan hat lachte Amari laut und rief ‚aah Clemens‘. CI reagierte mit einem lächeln.“ (Ra, E3, 51:4). Nach den ersten Einheiten hat Amari immer offener seine Meinung gesagt. Er artikuliert, wenn er etwas nicht so gerne machen wollte und wünschte sich auch Spielformen bzgl. der Intervention (CI, E4, 4:5; CI, E6, 6:7). Er scheute auch den Körperkontakt mit den Übungsleitern nicht. Beispielsweise „beim Dehnen des Oberschenkels hat CI gesagt, dass man sich bei jemanden anderen oder bei der Wand anhalten kann. Ich bin neben Amari gestanden und er hat sich sofort an meiner Schulter festgehalten.“ (Ra, E3, 51:8)

Die Beziehung zu den Trainern intensivierte sich immer mehr und Amari sprach vermehrt über sein Wohlbefinden (Lu, E20, 40:11). Er hat versucht, seinen Unmut, Unklarheiten und seine Schmerzen mit jemandem zu teilen. Amari hat nach Verständnis gesucht. Fragen nach seinem Wohlbefinden hat er im Gesprächsverlauf nicht nur oberflächlich beantwortet, sondern ist darauf eingegangen. „[...] Er sagt, es gehe so, er habe starke Kopfschmerzen und habe Medikamente genommen. Ich verstehe dass er meinte dass die Kopfschmerzen von den Medikamenten kommen [...]“ (CI, E6, 6:3). „[...] und wenn er mittlerweile etwas wirklich haßt, dann Tabletten.“ (Wa, E12, 74:3). Er hat nicht nur nach Austausch gesucht. Vielmehr war er auf der Suche nach Hilfestellungen, die er dankbar annahm.

„Am Weg zum Basketballplatz hat mir Amari erzählt, dass er einen stressigen Vormittag hatte, da er bei der Caritas und beim AMS war. Er wirkte verwirrt und überfordert und erzählte mir, dass er Rückenschmerzen hat. Ich habe ihm angeboten nach der Einheiten noch ein paar Übungen mit ihm zu machen bzgl. seiner Rückenschmerzen.“ (Ra, E11, 54:2)

„Nach dem Ende der Einheit habe ich Amari nochmal gefragt, ob ich ihm Mobilisations- und Kräftigungsübungen für den Rücken zeigen soll. Wir sind daraufhin etwa 10 Minuten länger geblieben. Amari hat bei den Erklärungen, welche ich auf Deutsch erklärt habe, meistens auf Englisch nachgefragt. Gemeinsam haben wir die Übungen mehrere male ausgeführt. Vor allem bei den Übungen für den Rückenstrecker hat Amari sein Gesicht verzogen und nur wenige Wiederholungen geschafft. Er sagte mir jedoch, dass er keine Schmerzen bei der Übung hat aber es

sehr anstrengend ist. Abschließend hat er sich sehr oft bedankt.“ (Ra, E11, 54:5)

„Er erzählt, daß er heute bei Soz arbeiter von ESRA termin hat und daher pünktlich gehen möchte, es ist ihm sehr wichtig. Er erkundigt sich bei mir sogar nach dem kürzesten Fahrtweg.“ (Wa, E12, 74:1)

Vor allem der Kontakt zu Cl und zu Wa wurde immer intensiver. Amari sprach mit ihnen über private Probleme, die für ihn sehr belastend waren und ihn sichtlich stressten (Wa, E16, 76:4; Cl, E16, 16:1). Er war auch merklich froh über den Kontakt zu Wa, der „[...] ihn angerufen hat. Er hat ihn jedoch noch erreicht doch Amari hat zurückgerufen.“ (Ra, E20, 62:1). Beim Telefonat ist er „[...] laut, anklagend, verzweifelt, wegen der ungelösten Wohnsituation. Dzt ist er ohne Wasser und Strom. Der Mann dem er die Miete gezahlt hat ist im Gefängnis, die Wohnung gehört einem Österreicher, der aber alles abgedreht hat. (In diesem Zustand lebt der Klient seit 3 Wochen) in Drei Monaten muß er ausziehen“ (Wa, E20, 78:1). Er erzählt auch, dass er auf Grund der Wohnungsprobleme nicht öfter gekommen ist (Cl, E20, 40:2). Als er doch wiedergekommen ist, wirkte er nervös und weinerlich. Er wurde zornig und hat sich aufgeregt (Wa, E16, 76:1). Amari verhielt sich auch bei der Bewegungsintervention, vermutlich hervorgerufen durch seine Wohnungssituation, deutlich verändert. Er hat verbal sowie mit einem Kopfschütteln zum Ausdruck gebracht, dass er sich unverstanden fühlt. Er hat sich über eine Fußballübung aufgeregt (Ra, E20, 62:5). Obwohl er früher „[...] leidenschaftlich gerne Fußball gespielt“ hat (E, Am, 91:8). In weiterer Folge hat er auch Wa darum gebeten, ihm bei der Wohnungssuche zu helfen (Wa, E20, 78:5).

Schon beim Erstgespräch war Amari gegenüber Cl und Wa sehr offen, weswegen er eventuell auch während des Sportprogramms wieder deren Nähe gesucht hat. Er hat von seiner Vergangenheit erzählt und hat offen von seiner Verzweiflung und Angst gesprochen. „I was in hospital, in Meidlingen, 4 month I was at hospital. Before I asked for a visa for work and they gave it to me, but I got the notice only after I come out of hospital. And now my doctor says, my psychiatrist says I cannot/should not work. But I need to work, I need something to live, and if I do not work they will take my visa away. I want to be as before!“ (E, Am, 90:3). Er hat mehrmals erwähnt, dass er so sein möchte wie früher, aber nicht mehr derselbe sei (E, Am, 90:2; E, Am, 90:3; E, Am, 90:5). Er hat auch darüber gesprochen, dass ihm niemand helfe und er allein sei (E, Am, 90:6). „[...] Er habe auch schon daran gedacht sich einfach an einem Strick aufzuhängen, es kümmere ja niemanden.[...].“ (E, Am, 90:6).

Er kommt bei Fragen „[...] immer wieder auf psychische Aspekte zu sprechen. Er wirkt sehr down und verzweifelt“ (E ,Am, 90:4). „Er bricht spontan in Tränen aus kann sich über 15 Minuten nicht beruhigen. Heute gebe es kein normales Leben mehr für ihn, er weiß nicht wie er mit seiner „damage“ umgehen soll. [...]“ (E, Am, 91:2).

5.1.3 Psychische Aspekte

Flow & Flow ähnliche Erfahrungen

Vor allem bei Spielen konnte es passieren, dass Amari in Flow- oder Flow-ähnliche Zustände kam. Bereits in der 1. Einheit steigert er sich beim Spiel rein „[...] und bewegt sich fast ‚leicht‘, ich meine, nicht an die Schmerzen denkend. Er springt um den Ball und fängt und wirft den Ball gut. In einer Pause, nimmt er sich auch den Volleyball und wirft auf den Korb.“ (CI, E1, 1:2). Lippert (2016) weist darauf hin, dass es für ein Flow-Erleben wesentlich ist, fokussiert und im Hier und Jetzt zu sein. Dies bedeutet u.a. „dass die Konzentration auf die Aktivität so intensiv ist, dass sogar unangenehme Gedanken und Gefühle, die einen sonst eventuell plagen, nicht in den Sinn kommen“ (Lippert, 2016, S. 41). In den ersten Einheiten konnten die Trainer und der Therapeut auch bei Amari beobachten, dass in Spielsituationen von dessen Schmerzen nichts mehr zu sehen und er immer auf die Aktivität fokussiert war.

„Amari ist trotz beklagtem starken Kopfschmerz voll bei der Sache, er ist schnell in Reaktionen und hat viel Spaß, ist alert und bei der Sache.“ (Wa, E6, 69:6)

„Bei Amari war von seiner Verletzung kaum etwas zu sehen und er war mit vollem Eifer bei der Sache.“ (Lu, E4, 27:2)

„Er lässt sich dann auf das Basketballspielen ein und macht letztendlich richtig mit, läuft sich frei, rennt den Bällen nach. Es war als ob der Kopfschmerz auf einmal weg war und ich sehe ihn häufig fröhlich und sich über einen Korb oder übers Spielen freuen. Das war schön zu sehen. Gleichzeitig versuchte ich ihn zu bremsen, er solle doch langsamer machen, aber er war nicht wirklich zu bremsen“ (CI, E6, 6:19)

„Auch Amari spielt sehr toll mit und bewegt sich gut. Er lacht auch mehrere Male und es scheint ihm zu gefallen. Vom Schmerzen an der Hüfte bemerkt man beim Spielen nichts. Er geht auch kräftig zum Ball und springt um den Ball.“ (Cl, E10, 10:1)

Um von einem Flow- Erleben sprechen zu können, spielen neben dem Aspekt der Fokussierung jedoch noch andere Aspekte eine Rolle. Ein Aspekt ist die intrinsische Motivation (Jackson, Ford, Kimiecik & Marsh, 1998). Auch der Aspekt der Freude ist entscheidend (Lee, 2013). Teilweise waren diese Aspekte auch bei Übungen, vor allem bei den Koordinationsübungen, zu erkennen (Ra, E9, 53:3; Lu, E11, 33:1). Am meisten waren sie jedoch in Spielsituationen ersichtlich.

„Tchouk-Ball hat viel besser funktioniert als noch in der vorigen Einheit. Es sind sehr viele Punkte erzielt worden und ALLE Teilnehmer waren völlig im Spiel integriert und motiviert. Amari lachte während dem Spiel sehr oft. Er klatschte und lachte auch als die andere Mannschaft einen schönen Punkt erzielt hat.“ (Ra, E9, 53:4)

„Amari, Fahid und ich waren in einem Team und haben fast nach jedem Punkt (und auch bei Punkteverlust) abgeklatscht. Für mich war deutlich zu sehen, dass die Teilnehmer Spiele wie Volleyball, Fußball oder Basketball fordern. Alle waren fokussiert und konzentriert. Jeder versucht den Ball bestmöglich zu fangen oder direkt weiterzuspielen. Die Motivation war hoch. Es wurde abgeklatscht und gelacht.“ (Ra, E16, 59:4)

Ein weiteres wichtiges Merkmal ist, dass es in der Bewegungstherapie zu keiner Über- oder Unterforderung kommen soll, da diese kontraproduktiv sein können (Reinhardt et al., 2008). Merkmale dafür können der Abbruch der Tätigkeit, Müdigkeit, Aggression oder geistige Abwesenheit sein. Ziel ist es, ein optimales Beanspruchungsniveau zu erreichen, sodass Erfolgserlebnisse möglich sind (Lippert, 2016). Karning (2016, S. 39) bezeichnet dies als „Anforderungs-Belastungs-Balance“ und spricht von einem guten Ausgleich zwischen Über- und Unterforderung. Es herrscht ein ausgewogenes Verhältnis, das für ein Flow-Erleben notwendig ist, vor. Die Daten weisen darauf hin, dass es bei Amari in verschiedenen Situation wie etwa beim Laufen, bei Koordinationsübungen oder beim

Spielen zu einer guten Anforderungsbalance gekommen ist (Cl, E3, 3:1; Ra, E3, 51:5; Ra, E3, 51:10; Lu, E11, 33:1; Ra, E20, 62:8; Ra, E20, 62:20).

Die vorherigen Beispiele zeigen, dass bei Amari immer wieder einzelne Flow-Aspekte beobachtet wurden. Das Potential für ein Flow-Erleben war somit in mehreren Situationen vorhanden. In einigen erwähnten Situationen kam es dadurch wohl zu Flow ähnlichen Erfahrungen. Zu einem konkreten Flow-Erleben ist es vermutlich in der 13. Einheit, in der Amari bereits zwischen den angeleiteten Übungen sehr aktiv war und sich „auspowerte“, gekommen (Ra, E13, 56:2). Als in weiterer Folge ein Endzonenspiel durchgeführt wurde, kam er wahrscheinlich in einen Flow Zustand. Er war aktiv, motiviert, fokussiert, voller Freude und von seinen Schmerzen war nichts mehr zu sehen.

„Vom humpeln zuvor war bei Amari nichts mehr zu merken. Sobald wir ein Spiel spielen ist er enorm motiviert. Er vergisst in diesen Momenten seinen Schmerz oder unterdrückt diesen.“ (Ra, E13, 56:10)

„Amari. spielt auch mit und macht viele Punkte. Er rennt viel und bewegt sich flink. Schmerzen sieht man bei ihm da nicht in der Hüfte.“ (Cl, E13, 13:5)

„Beim Spiel rennen alle viel und es macht ihnen viel Spaß.“ (Cl, E13, 13:8)

Auch in der 20. Einheit machte er vermutlich eine konkrete Flow-Erfahrung. Am Beginn der Einheit war er noch sehr zurückgezogen und passiv. Beim allgemeinen Aufwärmen und auch bei Übungen, die auf das kommende Fußballspiel gerichtet waren, brachte er seine Unzufriedenheit und sein Unverständnis zum Ausdruck (Ra, E20, 62:5). Umso überraschender war, was er in weiterer Folge beim Fußballspiel erlebt hat. Seine Stimmung änderte sich schlagartig. Amari lachte, war voller Motivation, seine Bewegungen waren fließend und seine Gedanken waren nur beim Spiel. Er war in einem Flow- Zustand.

„Amari hat im Laufe seines Spiels seine schlechte Laune komplett vergessen und viel gelacht. Er war sehr aktiv und hat auch das mit Abstand schönste Tor geschossen (ein Kopfball).“ (Lu, E20, 40:3)

„Er wirkte im Laufe des Spiels immer zufriedener. Sein Fokus lag beim Spiel und sonst nirgends. Er schaffte es (glaube ich) seinen Kopf von all den anderen Sachen zu befreien und einfach wiedermal Spaß zu haben. Er rannte, schwitzte, teilte seine Mitspieler ein und freute sich auch wenn die andere Mannschaft ein schönes Tor erzielte und klatschte.“ (Ra, E20, 62:8)

Später beim Spiel hat Amari sehr viel gelacht. Er war sehr ehrgeizig und motiviert und ist um jeden Ball gelaufen. Als er ein Kopfballtor gemacht hat strecke ich ihm die Hand hin und er klatscht ab.“ (Ra, E20, 62:6)

Konsequenzerfahrung

Fast immer, wenn Amari die Gruppe getroffen hat, wurde er als kraftlos, lasch, niedergeschlagen oder spannungslos wahrgenommen (Cl, E6, 6:2; Ra, E13, 56:3; Ra, E20, 62:3). Er hatte oft einen nichtssagenden Gesichtsausdruck und wirkte abgelenkt und nachdenklich (Ra, E3, 51:1; Ra, E13, 56:7). Am Ende jeder Einheit wurde er jedoch anders wahrgenommen.

„Im Vergleich zum Beginn der Einheit hatte ich das Gefühl, dass er aktiver ist, allgemein mehr Spannung hat und ein lächeln im Gesicht hatte. Amari wirkte zufrieden.“ (Ra, E3, 51:12)

„Zum wiederholten male fällt mir auf mit welcher Körpersprache Amari in die Einheit kommt. Lasch, Kraftlos und unmotiviert. Nach der Einheit, wie auch dieses mal, geht er aufrecht, mit einem schnell Schritt und zielstrebig weg. Es schien so als würde er nicht mehr an den stressigen Vormittag denken.“ (Ra, E13, 54:6)

Dieses Verhalten ist nicht nur beobachtet, sondern auch von Amari selbst erkannt worden. Er hat gemerkt, dass ihm der Sport guttut, und dass es ihm nach den Einheiten bessergeht. Amari hat auch erwähnt, dass er nach dem Sport weniger Kopfschmerzen gehabt hat (Cl, E20, 19:1; Lu, E20, 40:4). In der 20. Einheit stieß Amari verspätet zur Gruppe. Alle anderen haben gerade mobilisiert. Auf die Frage von Cl, wie es ihm gehen würde, hat er sehr kurz und direkt mit „Nicht gut“ geantwortet (Lu, E20, 40:11). Am Ende der Einheit, beim Dehnen,

hat CI Amari ‚Müde?’ gefragt. Amari hat mit: ‚Viel besser’ geantwortet und dabei genickt. Amari hat gemerkt, wie gut es ihm gegangen und wie erleichternd die Einheit für ihn gewesen ist. Wie schon in vielen Einheiten zuvor ist Amari viel zufriedener als noch vor der Einheit gewesen. „Seine Körpersprache und sein Gesichtsausdruck sind viel zufriedener nach den Einheiten.“ (Ra, E20, 62:9). Amari wurde bewusst, dass es ihm nach den Einheiten besser ging. „Ich frage ihn nach seinem Befinden, er sagt es sei besser als zu Beginn. Ich frage nach Kopfschmerzen, er sagt, die sind ziehend meistens da, aber werden oft nachher durch das Training besser! Er bemerke einen Unterschied zwischen Trainingstagen und solchen wo er keinen Sport treibe. An Sportfreien Tagen ginge es ihm oft Abends schlecht.“ (Wa, E12, 74:2) Es ist ihm vermutlich auch klargeworden, was er machen kann, damit er dieses Gefühl auch in Zukunft erlangen kann.

„Nachdem wir das Spiel beendet hatten, haben wir noch gemeinsam gedehnt. Als wir uns im Kreis aufgestellt hatten ist Amari nochmals zur Seite gegangen und hat sich einen Tennisball geholt. Ich kann kaum sagen wie glücklich/„stolz“ ich in dem Moment war. Er hat sich den Ball geholt um sich damit zu massieren, etwas was er bei uns kennengelernt hat und offensichtlich für so gut befunden hat das er es unaufgefordert macht.“ (Lu, E12, 34:1)

„[...] ist Amari zu einem Baum gegangen, hat sich an einem Ast festgehalten und 3 Klimmzüge gemacht. Er war zu Beginn eher Unruhig und hatte das Bedürfnis sich auszupowern bzw. sich zu bewegen.[...]“ (Ra, E13, 56:2)

Die Trainer beobachteten, dass Atemübungen für Amari von großer Bedeutung sind. Er forderte diese ein, wenn sie nicht durchgeführt wurden (CI, E13, 13:7; Ra, E13, 56:12). Er ließ sich auf die Übungen ein und war meist fokussiert (Ra, E13, 56:13) „Amari hat vor und während den Atemübungen die Augen geschlossen. Die Hände ineinander gegeben und auf den Bauch gelegt und ist genau so in der Sonne gestanden. In seinem Gesicht konnte ich ein leichtes Grinsen erkennen. Er wirkte zufrieden und ruhig. Als er die Atemübungen absolviert hat, hat er diese sehr langsam durchgeführt.“ (Ra, E16, 59:5). In der 20. Einheit, in der er aufgrund seiner ungelösten Wohnsituation sehr verzweifelt war, hat CI Amari gefragt, ob dieser bei der Atemübung mitmachen möchte. Er hat verneinend den Kopf

geschüttelt und mit einer ruhigen Stimme abgelehnt. Man hat den Eindruck gehabt, als ob er mit seinen Gedanken bei seinen Problemen gewesen ist. Er war unruhig, beobachtete die anderen und wankte von links nach rechts. Nach einigen Atemzügen wurde er jedoch ruhiger und schloss die Augen. Er hat an den Übungen teilgenommen und sich darauf eingelassen (CI, E20, 19:9; Ra, E20, 62:10).

Doch nicht nur durchgeführte Übungen führen zu positiven Effekten. Caddick & Smith (2014) weisen darauf hin, dass Sport in der Natur therapeutische Qualitäten hat. Die positiven Effekte sind auch von CI wahrgenommen worden. „[...] Es war auch gut hinauszugehen, bei der Sonne, ich glaube dies tut gut und ist wesentlich besser als in der Halle zu sein. Zumindest nehme ich dies so war, ich fühle mich da wesentlich motivierter.“ (CI, E13, 13:9). Auch bei Amari war festzustellen, dass ihm „[...] das Turnen im Freien sehr viel Spaß machte.“ (Wa, E3, 67:2). Klar und deutlich hat er auch bemerkt, wie sehr er es genossen hat, in der Natur zu sein. Er war dann immer sehr gelassen und ruhig.

Amari öffnete seine Jacke, blickte in die Sonne und ließ seinen Kopf zurückfallen. Er atmete tief durch und sein Gesicht war entspannt und zufrieden. (Ra, E3, 51:7)

Amari hat vor und während den Atemübungen die Augen geschlossen. Die Hände ineinander gegeben und auf den Bauch gelegt und ist genau so in der Sonne gestanden. In seinem Gesicht konnte ich ein leichtes Grinsen erkennen. Er wirkte zufrieden und ruhig. Als er die Atemübungen absolviert hat, hat er diese sehr langsam durchgeführt. (Ra, E16, 59:5)

„Wir entschließen uns kurzfristig raus zu gehen und dort die Einheit abzuhalten. Es scheint die Sonne und es ist angenehm war. Murad hatte dies auch vorgeschlagen und alle sind einverstanden. Das war eine gute Entscheidung und alle haben sich wohl gefühlt draußen“ (CI, E11, 11:8)

5.2 Murad

Murad ist etwa 30 Jahre alt und kommt aus Tschetschenien. Wie bereits in Kapitel 4 erwähnt, ist der Name aus Anonymitätsgründen geändert worden. Aus dem Erstgespräch bei Hemayat im Jahr 2013 geht hervor, dass Murad in den Jahren 2005/2006 in Folge eines Krieges mehrmals schwer misshandelt wurde und dadurch Verletzungen am Hirn erlitten hat. In weiterer Folge lag er lange Zeit im Koma. Erinnerungen hat er erst wieder ab dem Jahr 2009. Im Jahr 2012 war er erneut für mehrere Tage in Gefangenschaft. Mit der Hilfe von Freunden ist er freigekommen und hat daraufhin das Land fluchtartig verlassen. Es wäre ein Verfahren ausständig gewesen. Am Ende des Jahres 2012 ist er nach Österreich gekommen (HYT, 94:2; HYT, 94:3). Wie in der folgenden Tabelle zu sehen ist, war Murad in fast jeder Einheit anwesend. Eine Ausnahme stellten die letzten 7 Einheiten dar, in denen sich Murad aufgrund des Ramadans abgemeldet hat.

Tab. 4: Anwesenheit Murad

Anwesenheit Murad				
Einheit	Datum	Anwesend	abgemeldet	nicht anwesend
E1	7.März 2016	X		
E2	11.März 2016	X		
E3	14.März 2016		X	
E4	18.März 2016	X		
E5	21.März 2016	X		
E6	4.April 2016	X		
E7	8.April 2016		X	
E8	11.April 2016	X		
E9	15.April 2016	X		
E10	18.April 2016	X		
E11	22.April 2016	X		
E12	25.April 2016	X		
E13	29.April 2016		X	
E14	2.Mai 2016	X		
E15	6.Mai 2016	X		
E16	9.Mai 2016			x
E17	13.Mai 2016	X		
E18	20.Mai 2016	X		
E19	23.Mai 2016	X		
E20	27.Mai 2016	X		
E21	30.Mai 2016	X		
E22	3.Juni 2016	X		
E23	6.Juni 2016		Ramadan	X
E24	10.Juni 2016			X
E25	13.Juni 2016			X
E26	17.Juni 2016			X
E27	20.Juni 2016			X
E28	24.Juni 2016			X
E29	27.Juni 2016			X
Summe		18	10	1

Quelle: eigene Erstellung (2017)

5.2.1 Physische Aspekte

Schmerzerleben, Selbstwissen & -kontrolle, Körperwahrnehmung

Murad erzählte beim Erstgespräch, dass er „alles Mögliche“ habe (E, Mu, 89:5). Orientierungsprobleme, Schwindel und auch Gleichgewichtsprobleme zählen zu den Hauptaspekten (E, Mu, 89:4). Er „ist schwerhörig, trägt ein Gerät in beiden Ohren und auf der linken oberen Kopfhälfte sei eine Titanplatte implantiert [...]“ (E, Mu, 89:3). Als diesbezüglich weitere Frage gestellt wurden, hat er „ [...] einen abwinkenden Körperausdruck, wie das ist schon in Ordnung und lässt uns über etwas anderes reden“ gemacht (E, Mu, 89:5). Schon beim Erstgespräch wollte Murad bzgl. seines Körpers nicht näher ins Detail gehen. Auch bei der Intervention sprach er seine Beschwerden erst ab der 12. Einheit an. Ab diesem Zeitpunkt hat er häufiger zum Ausdruck gebracht, dass er oft Kopf-, Bein- und Rückenschmerzen habe. Er berichtete auch davon, dass er auf seinem linken Ohr gar nichts mehr höre, und dass seine Hörleistung am rechten Ohr nur noch 20 % sei (Ra, E14, 57:2; Ra, E14, 57:4; Lu, E15, 36:3; Ra, E17, 60:3; Cl, E18, 17:3).

Davor hat er sich diesbezüglich kaum geäußert. Eine einzige Ausnahme war die 4. Einheit. Murad war beim Ultimate Frisbee mit viel Einsatz und hoher Motivation bei der Sache. „[...] Als wir fragen wie es war, kamen eher zurückhaltende Bemerkungen ‚war okay‘, ‚mir wurde es schwindlig‘ [...] Irgendwie waren sie im Spiel okay und waren voll im Spiel, aber als wir aufhörten wirkten sie etwas verstört und als ob sie während dem Spiel die Kontrolle verloren hatten und nun erst sich diesem bewusst waren... [...]“ (Cl, E4, 4:1). Womöglich hat er es nicht geschafft, sich zu kontrollieren, da er seinen Körper kaum spürt. Dies ist auch in der ersten Einheit beobachtet worden, als Murad bei einer Übung seine Beine sehr hart abgeklopft bzw. geschlagen hat. „ [...] Er führte die Übung mit seinen Fäusten durch, und nicht wie vorgezeigt, mit einer hohlen Handfläche. Das Abklopfen erinnerte mich bei ihm an unkontrollierte Boxschläge auf sein eigenes Bein.“ (Ra, E1, 49:5).

Die Übungsleiter vermuten, dass Murad in Folge der fehlenden Körperwahrnehmung Bewegungen oft unkontrolliert oder stürmisch ausführt (Lu, E2, 25:3; Cl, E6, 6:17; Ra, E9, 53:7). Das war auch beim Fußballtennis in der 8. Einheit der Fall. Er hat versucht, „[...] die Bälle oft auf unmöglich Art und Weise weiterzuspielen. Ich denke er hatte eine genaue Vorstellung in seinem Kopf jedoch konnte er es nicht umsetzen und stürzte oft hart auf den Boden. Er schaffte es nicht diese Bewegungen kontrolliert auszuführen.“ (Ra, E8, 52:2). „ [...] Auch beim Tchouk-Ball ist er öfter gestürzt. Einmal hat er den Ball im Laufen gefangen und wollte ihn danach aufs Netz werfen. Bei diesem Versuch ist er gestürzt.“ (Ra, E8, 52:7).

Doch im weiteren Verlauf der Intervention kam es zu deutlichen Verbesserungen hinsichtlich der Körperwahrnehmung. Womöglich spürte Murad zeitweise seinen Körper und brachte das zum Ausdruck.

„[...] er hat die Übung danach richtig ausgeführt und hat auch die Belastung an der Richtigen stelle erfahren (als er sie 3-4 mal richtig ausführte, griff er sich an die Oberschenkelrückseite und ‚sprach‘ ein verstehendes: Ahhhh, weil er nun auch den Belastungseffekt spürte).“ (Lu, E15, 36:6)

„Heute hat Murad mehrmals bei Übungen benannt wo er etwas spüre. Das war wesentlich differenzierter als in den ersten Einheiten.“ (Cl, E19, 18:4)

Auch beim Laufen war eine kontinuierliche Steigerung hinsichtlich der Kontrolle und des Bewusstseins des eigenen Körpers erkennbar. Verglichen mit den ersten Einheiten war ein deutlicher Fortschritt bzgl. seiner Temporegulation feststellbar. (Lu, E11, 33:3; Cl, E 18, 17:2) Er hat es geschafft, „[...] Zeitlich also deutlich länger als bei den Einheiten davor in der Halle.“ zu laufen (Ra, E11, 54:7). Zusammengefasst hat sich Murad „[...] in seiner Selbstregulation beim Laufen unheimlich gesteigert. Mittlerweile vermittelt er einem ein Gefühl von Kontrolle (Anfangs war das Gefühl eher Chaos, Überforderung).“ (Lu, E20, 40:6). Auch Murad nimmt positive Veränderungen bzgl. seines Körpers wahr. Er berichtet beim Nachgespräch, dass seine Bewegungen ausgeglichener sind und er Verbesserungen der koordinativen Aspekte feststellen kann (N, Mu, 87:11).

Als er auf seine Schmerzen angesprochen wird, wirkt er beim Nachgespräch klagend. Er spricht von Kopfschmerzen bei hohen Belastungen und erzählt davon, dass ihm bei ruckartigen Bewegungen schwindlig wird, weshalb er diese langsamer ausführt (N, Mu, 87:7). Auf die Frage ob er trotzdem weitermacht, wenn es ihm zu anstrengend wird, antwortet Murad: „Meine Gesundheit ist nicht mehr normal“ (N, Mu, 87:8).

Bezüglich der Körperwahrnehmung antwortet Murad aufgebracht und direkt: „[...] ich spüre meinen Körper überhaupt nicht“ (N, Mu, 87:10). Daraufhin erzählt Murad, „[...] dass er letzte Woche auch am Finger geblutet hat während des Sportprogramms und er erst später von mir (Ra) darauf hingewiesen wurde und es dann bemerkt hat. Das passiere dauernd und er ergänzt: ‚es ist mit mir selbst schwierig‘“ (N, Mu, 87:10).

5.2.2 Soziale Aspekte

Interaktion mit den anderen Teilnehmern

Murads Interaktion mit den anderen Teilnehmern ist ab der ersten Einheit sehr intensiv gewesen. Dies hat beim gegenseitigen Kennenlernen begonnen. Aufgrund der Tatsache, dass Murad kaum etwas hört, ist er „[...] zu jedem einzeln gegangen und hat sich nochmalst denn Namen sagen lassen (er ist dazu Nahe an einen herangekommen und hat einen ganz genau angeschaut)“ (Lu, E1, 24:9). Obwohl dieses Verhalten für die anderen Teilnehmer zunächst etwas überraschend und überfordernd war - was durch die körperliche Nähe noch verstärkt worden ist - war die Stimmung in der ersten Einheit sehr positiv (Lu, E1, 24:13). Auch in anderen Situationen zeigte Murad von Beginn an keine Scheu den anderen Teilnehmern gegenüber. Dies war vor allem bei Spielen, in denen es zu viel Körperkontakt kam, ersichtlich (CI, E1, 1:7; Lu, E1, 24:12).

Für Murad ist es zu Beginn der Intervention sehr wichtig gewesen, dass auch andere Teilnehmer seine Muttersprache sprechen. Er sprach viel mit den Teilnehmern, die aus seinem Heimatland kommen, und war sichtlich froh, dass diese bei der Intervention auch dabei waren.

„Dahingegen sprechen die Tschetschenen gleich untereinander und freuen sich sichtlich darüber. Murad kommentiert immer wieder in lauter Sprache (er ist schwerhörig) etwas mit Ehan. in ihrer Sprache“ (CI, E2, 2:6)

„Interessant war zu sehen wie sich Ehan und Murad das erste Mal begrüßt haben (sind Landsleute), es war offensichtlich das sich ins besonders Murad sehr darüber freute.“ (Lu, E2, 25:1)

„Junis kommt heute und findet uns [...] Auch Murad kommt zur gleichen Zeit ungefähr und sie fangen gleich an sich zu unterhalten und sprechen viel in ihrer Sprache. Sie sind ungefähr in dem gleichen Alter.“ (CI, E5, 5:1)

„Murad scheint sich mit Junis gut zu verstehen. Er freut sich sehr als Junis auch kommt.“ (CI, E6, 6:13)

Interaktion mit Fahid

So sehr sich Murad um Junis gekümmert hat, als dieser zum ersten Mal anwesend war, umso weniger hat er auf Fahid geachtet (CI, E2, 2:4; CI, E5, 5:2). Grundsätzlich herrschte zwischen den Teilnehmern ein respektvoller Umgang. Die einzige Ausnahme bestand darin, dass unklar war „[...] wie stark Murad Fahid respektiert – ich hatte am Anfang der Einheit den Eindruck dass er einen Spaß über Fahid gemacht hat [...]“ (CI, E2, 2:4). Diese Erkenntnis der 2. Einheit wurde auch in den nachfolgenden Einheiten beobachtet. Murad ist „[...] ein paarmal richtig ungut zu ihm und hat ihm teils Unbegründete Vorwürfe gemacht.“ gewesen (Lu, E8, 31:3). Fahid ist nicht wirklich ernst genommen worden und manchmal „[...] recht schroff von Murad und Lu. zurechtgewiesen was er machen soll.“ (CI, E8, 8:3). Eine weitere Situation dieser Art ist entstanden, als sich immer zwei Teilnehmer gemeinsam fürs Tchoukball einspielen sollten. So „[...] kam es dass alle schon einen Partner hatten, nur Fahid und Murad nicht. Da Murad sich aber eher anderweitig umschaun versucht, obwohl es klar ersichtlich ist, dass die anderen schon paarweise spielen, sage ich sie sollen doch zusammen spielen. Fahid ist dafür bereit, aber bei Murad ist eine klare Ablehnung zu sehen.“ (CI, E10, 10:4).

Im weiteren Verlauf der Intervention hat sich die Beziehung zwischen Murad und Fahid verbessert (CI, E11, 11:3). „[...] Zum Beispiel, während der Koordinationsübungen in der Gruppe (im Kreis wirft jeder seinen Tennisball hoch und jeder geht eine Position nach rechts und fängt den Ball, der von dem Nachbarn hochgeworfen wurde), waren Fahid und Murad neben einander und sie kommunizierten etwas.“ (CI, E11, 11:3) Sie haben auch miteinander gescherzt. „[...] Das erste was die 2 machten war im Sprint denn anderen hinterherzujagen [...]“ (Lu, E11, 33:5). Auch die Kommentare von Murad sind im Vergleich zu den ersten Einheiten wesentlich freundlicher geworden und „[...] häufig auch mit einem Lächeln/Lachen verknüpft“ (CI, E18, 17:1). Murad hat ihn immer mehr respektiert und sogar seine Hilfe in Anspruch genommen (CI, E14, 14:4). Murad hat Fahid sogar unterstützt, als dieser bei einer Übung nicht mitgemacht hat. Er hat ihn motiviert (Lu, E14, 35:3). Zusammengefasst ist das Verhalten von Murad „[...] wesentlich besser mit Fahid und er belächelt ihn nicht mehr. Er wirkt ausgeglichener.“ (CI, E15, 15:3).

Verhalten in der Gruppe

Murad war zu Beginn des Programms ungeduldig. Es wirkte, „[...] als würde ihm das alles zu lange Dauern und er endlich Anfangen möchte.“ (Lu, E1, 24:6). Wahrscheinlich ist dies auf „[...] seine Taubheit, er versteht einfach nichts. Bzw. es ist ihm auch viel zu anstrengend zuzuhören [...]“ zurückzuführen (Wa, E8, 71:2). Da er schwerhörig ist, spricht er oft sehr laut, was in manchen Situationen störend oder unpassend ist. Störend war das Lautsprechen oft bei Anleitungen, Reflexionen oder den Atemübungen (Cl, E2, 2:7; Lu, E2, 25:4). Er „[...] merkt nicht, wenn er die Gruppe stört“ (Wa, E2, 66:1).

In den ersten Einheiten ist Murad als eine sehr bestimmende Person aufgefallen. Bei Fragen von den Trainern wurde er oft sehr laut und beeinflussend. Infolgedessen haben sich die anderen Teilnehmer eher zurückgehalten (Ra, E8, 52:5; Cl, E8, 8:8). Immer wieder hat er erwähnt, dass er vor allem spielen möchte (Cl, E8, 8:4; Cl, E9, 9:9). Bei den Übungen hat er zwar mitgemacht, aber er hat „[...] sich auch etwas lustig darüber und spielt den Clown.“ gemacht (Cl, E9, 9:9). Bei Missgeschicken konnte er teilweise über sich selbst lachen. „[...] Er lacht aber auch über andere bzw. belächelt sie. Murad. ist der Tonangebende in der Gruppe“ (Ra, E8, 52:10). Er akzeptierte die Meinung von anderen schwer und „[...] scheint es immer besser wissen zu wollen, so spricht zumindest seine Körpersprache.“ (Cl, E8, 8:8; Ra, E12, 55:1). Er beeinflusste die Gruppe allerdings nicht nur negativ, sondern schaffte es auch, positive Emotionen bei anderen Teilnehmern hervorzurufen. (Cl, E12, 12:1)

Großteils wirkte es jedoch so, als „[...] wären manche Teilnehmer genervt von seinem Verhalten, da er vieles ins lächerliche zieht bzw. gar nicht versucht bei Übungen mitzumachen. Ich glaube auch, dass Murad das merkt [...]“ (Ra, E11, 54:9)

Zusammengefasst ist Murad „in den ersten Einheiten des Programms der Spaßvogel. Er war laut und hat das Kommando vorgeben. Murad hat auch oft rumgeblödet und vieles nicht ernst genommen. Im Lauf der letzten Einheiten ist mir aufgefallen, dass sich die anderen Teilnehmer etwas gegen Murad stemmen und er nicht mehr alles machen kann was er möchte. So hat in beispielsweise Amari bei Spielen mehrere Male sofort ermahnt. Murad hat sich in den letzten Einheiten verändert. Er belächelt vieles nicht mehr und ist konzentrierter und fokussierter. Er versucht sich auf Übungen einzulassen und ist motiviert mitzumachen. Wahrscheinlich hat er gespürt, dass sich einige Teilnehmer von seinem Verhalten gestört fühlen bzw. dadurch weniger mit ihm interagiert haben.“ (Ra, E14, 57:7) Sein Verhalten hat sich auch dahingehend geändert, als dass er sich nicht mehr so sehr in den Mittelpunkt gedrängt hat (Cl, E14, 14:4). Gegenüber den anderen Teilnehmern verhielt

er sich respekt- und rücksichtsvoller (Lu, E15, 36:4, Cl, E14, 14:4). Ein weiteres Beispiel hierfür ist die Einheit, als Ehan seinen Sohn in die Einheit mitgenommen hat. Murad hat „[...] sofort etwas zum Sohn von Ehan gesagt und gelacht. Er klopfte ihm auf die Schulter und alle drei lachten.“ (Ra, E17, 60:4). Ebenso war es später beim Spiel, als sich der Sohn von Ehan sichtlich schwergetan hat. „[...] besonders Murad aufgefallen dem es sichtlich ein Anliegen war dem Jungen zu helfen (hat ihn auch danach immer wieder Tips gegeben obwohl er in der anderen Mannschaft war“ (Lu, E17, 37:3).

Es hat sich auch herausgestellt, dass Murad auch ein Teamplayer sein kann. Er spielte ohne zu treten oder zu rempeln und hielt sich an Regeln. Das stellt im Vergleich zu den ersten Einheiten einen großen Unterschied dar und hat einen wesentlich Beitrag zur positiven Gruppenatmosphäre beigetragen (Cl, E11, 11:4; Wa, E12, 74:12; Wa, E19, 77:1; Wa, E20, 78:4). Eine Veränderung wurde auch bezüglich der Akzeptanz von anderen Meinungen bemerkt. Die Situationen „[...] in welchen Themba Murad zurechtgewiesen hat und dieser dies mehr oder wenig kommentarlos akzeptiert (wobei ich mir nicht sicher bin ob er den Inhalt verstanden hat, aber das Themba ‚aufgebracht‘ war hat er sicher gecheckt)“ (Lu, E14, 35:5) sind dokumentiert worden.

Zusammengefasst haben die Trainer und der Therapeut beobachtet, dass er ausgeglichener, kontrollierter sowie offener und freundlicher im Umgang mit den anderen Teilnehmern geworden ist. Er hat mehr gelacht und sich mehr in die Gruppe eingebracht (Cl, E11, 11:4; Cl, E14, 14:4; Ra, E14, 57:7; Cl, E15, 15:3; Wa, E19, 77:1; Cl, E21, 20:3).

Auch beim Nachgespräch erwähnt Murad auf die Frage, was ihm am Sportprogramm gut gefalle, sofort die gute Beziehung zu den anderen Teilnehmern. „[...] ‚hier seh ich das‘ [...]“ (N, Mu, 87:4). Diese Aussage bringt zum Ausdruck, dass Murad das soziale Umfeld schätzt und ihm die regelmäßige Teilnahme an der Intervention eventuell sozialen Rückhalt gibt. Jedoch antwortet er auf die Frage nach seiner Rolle in der Gruppe: „[...] ‚Ich bin der letzte‘ (greift mit den Fingerspitzen von einer Hand auf den Tisch und gibt einen Finger 1 Armlänge entfernt von den anderen auf den Tisch)“ (N, Mu, 87:6). Obwohl er in Bezug auf das Sportprogramm umgehend soziale Aspekte hervorhebt, fühlt er sich nicht als relevantes Gruppenmitglied, sondern sieht sich am Ende der Gruppe. Diese Aussage, gepaart mit weiteren Aussagen beim Nachgespräch, in denen er betont, dass er „nicht normal“ sei, lassen auf ein negatives Selbstbild schließen. Beck, Rush, Shaw & Emery (1999) sehen diese negative Sicht von sich selbst als einen Bestandteil vom Konzept der kognitiven Triade, welche als Bestandteil vom kognitiven Erklärungsmodell von Depressionen gilt.

Interaktion mit den Trainern und dem Therapeuten

Nach dem ersten Kontakt mit den Trainern und dem Therapeuten ist Murad als „sehr freundlich“ beschrieben worden (E, Mu, 89:1). In den ersten Einheiten machte er einen sicheren und stabilen Eindruck. Er ist offen auf die Trainer zugegangen, hat sie mit einem kräftigen Händedruck begrüßt, seinen Gesprächspartnern in die Augen geschaut und gelächelt (Lu, E1, 24:4; Lu, E6, 29:1; Ra, E14, 57:1).

Gleich in den ersten Einheiten hat sich aber auch herausgestellt, dass es bei der Kommunikation mit Murad zu Schwierigkeiten kommen kann.

„Murad ist leider sehr schwerhörig, man muß ihn anschreien und ich glaube trotzdem daß er zu 90 % von den Lippen abliest. Er will mitmachen, versteht aber so gut wie nix“ (Wa, E1, 65:3)

„Murad ist sehr schwerhörig, zudem kann er kaum Deutsch. Die Kommunikation war schwierig, aber er versucht sich auszudrücken und die Übungen zu verstehen, und in den Reflexionsphasen konnte Wa hin und wieder mit seinen Russisch-Kenntnissen helfen.“ (Cl, E1, 1:6)

„Beim Namensball gab es anfangs große Probleme das Spiel zu verstehen vor allem von Seiten Murad (wobei es da glaube ich im Nachhinein wirklich ums Verstehen ging, nicht ums begreifen).“ (Lu, E1, 24:7)

„[...] , wenn ich aber mit ihm rede, erwartet er, daß ich schreie. Daher will ich nicht mit ihm reden. Er benimmt sich auch eigenartig.“ (Wa, E6, 69:4)

Gegenüber den Trainern war Murad von Beginn an sehr offen und direkt. Er brachte seine Wünsche, Bedürfnisse und sein Wohlbefinden zum Ausdruck. Bei Fragen bzgl. der Programmgestaltung waren die anderen Teilnehmer sehr zurückhaltend. In diesen Situationen war Murad sehr laut und forderte immer wieder die großen Sportspiele wie Fußball, Basketball oder Volleyball ein (Lu, E5, 28:2; Ra, E8, 52:4; Cl, E9, 9:10; Ra, E15, 58:2). Er hat auch vorgeschlagen, bei schönem Wetter rauszugehen und hat Feedback bzgl. der Einheiten gegeben (Ra, E8, 52:9; Cl, E11, 11:1). „[...] Murad sagt sehr offen was er machen möchte und ist sehr direkt.“ (Ra, E15, 58:2). Er hat klar zum Ausdruck gebracht, wenn ihm etwas nicht gefallen hat und er „[...]“ läßt kaum eine Übung aus, die er nicht

negativ kommentiert. [...] (Wa, E8, 71:1). Er belächelte die geringen Zusatzgewichte bei den Kräftigungsübungen oder sprach bei Mobilisierungsübungen davon, dass das etwas für „Glubakov“, also für „Trottel“, sei (Lu, E2, 25:5; Ra, E2, 50:6; Wa, E8, 71:1). Wie bereits erwähnt, hat er viele Übungen in den ersten Einheiten nicht ernst genommen und belächelt. So war es auch bei den Atemübungen, bei denen er oft den Turnsaal verließ (Ra, E9, 53:8). Im Laufe der Intervention hat sich die Beziehung zu den Übungsleitern verändert. Beispielsweise hat er auf Nachfrage bei einer Dehnübung „mit einem Lächeln – vielleicht mit einem Hauch von Ironie“ eine Atemübung vorgeschlagen. Er wurde bezüglich der Bewegungsinhalte offener und interessierter wahrgenommen, obwohl er in den Einheiten davor noch vieles belächelt hat (Cl, E15, 15:2; Ra, E15, 58:3). Dadurch wurde die Stimmung besser. Cl und Murad haben sich teilweise auch „[...] zwischen den Zeilen etwas auf die Schaufel genommen.“ (Ra, E15, 58:3). Murad zeigte auch Interesse am Wohlbefinden der anderen Teilnehmer. Als Wa ein paar Einheiten nicht anwesend gewesen und dann wiedergekommen ist, „[...] hat Murad ihn sofort und direkt gefragt wo er die letzten Male gewesen ist. Für mich drückte diese Frage ein Wir-Gefühl aus [...]“ (Ra, 19, 61:1). Die Interaktion mit den Übungsleitern wurde fröhlicher, vertrauter und intensiver.

„Beispielsweise als der Ball zwischen Murad und mir auf den Bodengefallen ist hat jeder kurz gezuckt und wollte hinlaufen, da wir jedoch das zucken des anderen gesehen haben sind wir beide stehengeblieben. Als der Ball am Boden aufgekommen ist haben wir uns beide fragend angesehen und daraufhin gelacht. Wir wollten abklatschen aber verfehlten uns die ersten beide mal beim dritten mal hat es funktioniert aber wir haben so fest abgeklatscht, dass uns beiden die Handflächen gebrannt haben. Wir haben uns wieder angesehen und gelacht.“ (Ra, E17, 60:9)

„Fahid hat sich beim Klettergerüst Kopfüber mit den Kniekehlen eingehängt. Ich habe es nachgemacht und kurz darauf ist Murad zu mir gekommen und hat mich gekitzelt. Wie auch schon in der Einheit zuvor ist zu merken, dass sich die Beziehungen in der Gruppe positiv verändert haben. Es wird gemeinsam gelacht.“ (Ra, E20, 62:12)

Je intensiver die Beziehung zu den Übungsleitern wurde, desto mehr hat Murad auch über seine Schmerzen und Einschränkungen gesprochen. Das wurde verstärkt ab der 14. Einheit dokumentiert.

„Beim Einlaufen bin ich mit Murad gemeinsam gelaufen. Murad hat erzählt, dass er Kopfweg hat. Gleich darauf hat er sich auf den Kopf geklopft und gesagt: ‚Titan, Terminator‘ und er hat laut gelacht.“ (Ra, E14, 57:2)

„[...] Murad hat gesagt, dass er seit ein paar Jahren sehr wenig riecht. Gleich darauf hat er gesagt, dass sein Kopf weh tut.“ (Ra, E14, 57:4)

„Er hat mir weiters erklärt das er auf seinem linken Ohr gar nichts und auf seinem rechten nur mehr 20% hört.“ (Lu, E15, 36:3)

„Auf die Frage ob er Schmerzen hat reagierte er mit einem Griff auf die Lendenwirbelsäule und verzog sein Gesicht. Weiters sagte er: ‚Gestern hier (zeigt auf sein rechtes Handgelenk) heute hier (greift sich auf den Rücken) und morgen? (zieht die Schultern hoch)‘ Kurz darauf sagte er: ‚jeden Tag etwas‘.“ (Ra, E17, 60:3)

„ [...] Er hatte mir schon vorher mitgeteilt dass er Beinschmerzen habe, die von der Wirbelsäule herkommen. Er habe zwei gebrochene Wirbel und daher strahle der Schmerz in die Beine.“ (Cl, E18, 17:3).

Folglich hat Murad auch mehr Privates von sich preisgegeben. Er hat erzählt, „[...] dass er seit 3 Jahren in Ö lebt und seine Frau und seine 2 Kinder seit 2 Jahren hier sind. [...]“ (Ra, E14, 57:5). Wenn er von seiner Familie spricht, wirkt er immer sehr fröhlich. Er strahlt und zeigt auch den Trainern sehr stolz Fotos seiner Familie (Ra, E14, 57:5; Ra, E15, 58:5; Ra, E17, 60:1). Er berichtete auch von seiner Vergangenheit.

„Murad hat erzählt, dass er Kopfweg hat. Gleich darauf hat er sich auf den Kopf geklopft und gesagt: ‚Titan, Terminator‘ und er hat laut gelacht. Ich fragte warum er eine Platte im Kopf hat. Er schaffte es nicht mehr einen deutschen Satz bzw. Wörter auszusprechen und fuchtelte hektisch mit seinen Armen und Händen herum. Als er das gemacht hat, hat er das laufen unterbrochen. Wir sind stehengeblieben. Dann hat er mir pantomimisch gezeigt, dass jemand geschossen hat und er dann einen Schlag auf den Kopf bekommen hat, mit einem Gewehr. Wir sind weitergelaufen. Er sagte: ‚Koma, 1 Monat‘. Daraufhin ist er wieder stehengeblieben und er hat das T-Shirt beim Hals runtergezogen. Eine Narbe kam zum Vorschein und er sagte: ‚Luft, 1 Monat, Hier‘ Wir sind wieder weitergelaufen und während wir gelaufen sind hat er das T-Shirt beim Rücken hochgezogen und eine große Narbe war sichtbar. Ich fragte was passiert ist und er antwortete, dass er es nicht weiß, weil er im Koma war. Ich fragte ihn ob er im Krieg gekämpft hat. Er hat meine Frage jedoch mehrmals nicht verstanden und dann bejaht. Ich bin mir jedoch nicht sicher, ob er mich verstanden hat. Während dieser Unterhaltung hat Murad sehr viel umhergefuchelt mit den Händen. Er war aufgebracht.“
(Ra, E14, 57:9)

Akzeptanz

Wie bereits erwähnt, akzeptiert Murad die Meinungen oder Anweisungen von anderen kaum (Cl, E8, 8:8; Ra, E12, 55:1; Wa, E11, 73:2). Gegenüber den Übungsleitern hat sich ein ähnliches Bild gezeigt. „Er tut sich schwer damit Anweisungen zu folgen [...]“ (Wa, E20, 78:3). Vor allem bei Spielen hat er sich oft eingemischt und hat das, was die Trainer ihm gesagt haben, ignoriert (Ra, E17, 60:7; Wa, E20, 78:3; Ra, E20, 62:15, Lu, E20, 40:12, Cl, E20, 19:6). Auch während des Nachgesprächs beantwortete er „[...] viele Fragen nicht und wechselt das Thema. Er hört/sagt das was er möchte und ignoriert die Fragen meist. [...]“ (N, Mu, 87:1). „Als das Gespräch beendet wurde, hat er immer wieder begonnen zu sprechen. Wa hat daraufhin 3 mal gesagt, dass der nächste Teilnehmer kommt und er rüber gehen kann zu den anderen Teilnehmern. Murad hat kaum darauf reagiert und immer wieder neue Themen angesprochen.“ (N, Mu, 87:2).

5.2.3 Psychische Aspekte

Teilhabe, Fokus, Offenheit

Wie bereits in Kapitel 5.1.3 erwähnt worden ist, sind die Merkmale für ein Flow- Erlebnis bzw. eine Flow - ähnliche Erfahrung u.a. die Fokussierung, die intrinsische Motivation, eine ausgewogene Balance zwischen Über- und Unterforderung sowie der Aspekt der Freude. Auch bei Murad sind derartige Anzeichen von allen Trainern beobachtet worden.

Am Beginn der Intervention vermittelte Murad bei Übungen oft einen lustlosen, ungeduldigen und desinteressierten Eindruck (Lu, E1, 24:6; CI, E2, 2:2; CI, E6, 6:15; Lu, E8, 31:4; CI, E10, 10:5; Lu, E10, 32:3; CI, E18, 17:7). Der Eindruck entstand dadurch, „[...] dass es Murad auch nicht interessierte was wir sagen“ (CI, E2, 2:2). Am Beginn der Einheiten hat er sich oft vor dem Einlaufen gedrückt (Lu, E4, 27:3; CI, E8, 8:1; Ra, E8, 52:1; CI, E9, 9:3; Lu, E10, 32:1). Bei anderen Übungen wirkte er oft abgelenkt. Er hat es nicht geschafft, sich auf Übungen einzulassen und es ist ihm sichtlich schwergefallen, den Fokus auf etwas zu richten bzw. zu halten.

„Beim Abwärmen hat CI sehr langsam und ruhig gesprochen. Murad lachte und sprach sehr laut. Murad. sagte bei einer Gleichgewichtsübung dass dies so ist als sei man besoffen. Alle anderen waren ruhig. Murad. schaffte es nicht sich auf diese Stille einzulassen.“ (Ra, E2, 50:2)

„[...] Bei den Mobilisations- und Kräftigungsübungen hatte ich das Gefühl er ist nicht wirklich hier, als ob er abschweift. Letzteres insbesondere bei den Atemübungen.“ (CI, E6, 6:15)

„Bei den abschließenden Atemübungen, verweigert Murad großteils das Mitmachen und lässt sich nicht wirklich darauf ein.“ (CI, E8, 8:7)

So passiv Murad beim Einlaufen und anderen Übungen auch war, umso aktiver, verspielter und fröhlicher ist er bei Spielen aufgefallen. Das haben die Übungsleiter auch schon in den ersten Einheiten der Intervention beobachtet.

„[...] Aber auch er blühte dann bei dem Spiel auf und ging manchmal sogar recht energisch zu Ball, wobei es schon auch zu Körperkontakt kam – wobei dieser eher harmlos und nicht absichtlich gegen einen anderen war.“ (Cl, E1, 1:7)

„Alle unsere TN haben sich als überaus geschickt mit dem Ball in der Hand erwiesen. Murad hat Pässe hinter dem Rücken gespielt“ (Lu, E1,24:10)

„Daraufhin hat er jedoch die anderen genau beobachtet und ich gab ihm Verbesserungsvorschläge. Er nickte. Als er auch getroffen hat grinste er und senkte den Blick lächelnd zum Boden.“ (Ra, E2, 50:4)

„Beim Basketball spielt er gut mit, d.h. er versucht es und rennt dem Ball nach und so weiter, eine gute Technik oder Basketballfertigkeiten hat er kaum. Er macht auch nicht einen Korb obwohl er es häufig versucht, und er ärgert sich darüber. Er spielt trotzdem motiviert weiter und lacht auch mehrmals.“ (Cl, E6, 6:16)

„Murad hatte sichtlich Spaß beim Fußballtennis.“ (Ra, E8, 52:3)

Nach den ersten Einheiten haben die Trainer eine deutliche Veränderung bei Murad beobachtet. Wie bereits erwähnt, ist das Einlaufen „[...] nicht die Lieblingsaktivität in dieser Gruppe dieses Jahr, insbesondere nicht für Murad und Fahid, aber sie lassen sich mehr und mehr darauf ein.“ (Cl, E21, 20:1). Die Trainer haben beobachtet, dass er beim Laufen besser gelaunt ist und dass dies eine positive Wirkung auf ihn hat. Auch wenn sich die Motivation vor dem Laufen oft in Grenzen gehalten hat, ist er dann doch aktiv dabei gewesen (Cl, E11, 11:2; Lu, E18, 38:2; Cl, E20, 19:4). Es ist zu keiner Unter- oder Überforderung gekommen.

„Murad und Junis waren nach den 15 Minuten etwas müde aber es war für sie gut und okay von der Dauer.“ (Cl, E5, 5:3)

„Murad hat nach etwa 12 min eine Pause eingelegt in der er sich an der Seite hin gehockerlt hat (hat sich aber danach bis zu Schluss durchgekämpft).“ (Lu, E18, 38:2)

Murad hat es auch geschafft, den Fokus immer auf mehrere Übungen zu lenken und sich darauf einzulassen. Die Daten zeigen, wie wichtig es in diesen Situationen für ihn gewesen ist, soziale Anerkennung, welche durch Lob und Respekt ausgedrückt wird, zu spüren (Cl, E9, 9:7; Ra, E11, 54:8; Cl, E18, 17:8).

„[...] sie machen alle die Übungen mit –sogar Murad, der nur ab und zu seine Sprüche lässt, wie er könne nun noch 100 Wiederholungen machen-, [...] Alle machen angestrengt die Übungen und die meisten schaffen es sich darauf zu konzentrieren und sind anwesend.“ (Cl, E10, 10:3)

„Beim Mobilisieren war Murad beim gegengleichen Armkreisen sehr konzentriert. Er versuchte es tatsächlich zu schaffen und belächelte es nicht. Ich ging zu ihm und zeigte ihm die Übung langsam vor. Er schaute mich konzentriert an und verzog keine Miene. Als er es geschafft hat und ich ‚Gut, Super‘ sagte, lächelte er und versuchte es weiter.“ (Ra, E11, 54:8)

„Lu hat zum Schluss vorgezeigt, wie man sich mit einem Tennisball selber massieren kann. [...]. Daraufhin hat Murad die Übung auch absolviert. Er war auffällig ruhig.“ (Ra, E11, 54:12)

„Die TN waren aber total mit sich selbst beschäftigt, Murad hatte überhaupt die Augen zu und haben mit der Übung ‚gerungen‘.“ (Lu, E18, 38:5)

Obwohl er es geschafft hat, in vielen Situationen den Fokus zu halten und sich auf Übungen einzulassen, sind seine Gedanken vermutlich auch immer wieder bei Erlebnissen der Vergangenheit gewesen.

„Murad hat bei den Korbleger Übungen immer wieder lange zum Himmel geblickt er war abgelenkt und mit seinen Gedanken irgendwo anders. Am Ende der Einheit hat er ein Flugzeug beobachtet und gesagt: ‚Ich Moskau hier‘.“ (Ra, E19, 61:2)

Flow- & Flow ähnliche Erfahrungen

Murad wurde allgemein aktiver wahrgenommen und brachte sich mehr ins Programm ein. Er hat auf Nachfrage Mobilisierungsübungen vorgezeigt und ist auch bei Kräftigungsübungen voller Motivation gewesen (Lu, E15, 36:4; Ra, E17, 60:6; Lu, E19, 39:6). Murad hat einen zufriedeneren Eindruck gemacht und erwähnt, dass ihm das Spielen sehr viel Spaß mache (Cl, E20, 19:8; Ra, E20, 62:17; Lu, E20, 40:8). „[...] Fast immer als er alleine vorm Tor war hat er rumgeblödet und gelacht. Er hatte sichtlich Spaß.“ (Ra, E20, 62:14) Aber auch „Die Koordinationsübung (jonglieren) machte ihm sehr viel Spaß und er war auch stolz darauf Erfolge zu haben.“ (Wa, E12, 74:11). „[...] Er war recht locker und gelöst (nicht so verbissen wie oft) [...]“ (Lu, E15, 36:7). Die folgenden Zitate zeigen, dass Murad vermutlich auch in Flow- oder Flow - ähnliche Zustände gekommen ist.

„Es war ganz still bevor ich geklatscht habe und alle waren konzentriert. Nachdem der Ball gespielt wurde blickten sofort alle in den Kreis und schauten ob jeder den Ball gefangen hat. Nach einigen versuchen hat es dann mehrmals funktioniert und alle lachten und freuten sich =). Die Stimmung war großartig. Jeder war darauf bedacht, dass auch wirklich jeder andere den Ball fängt und die Übung gemeinsam als Gruppe geschafft wird.“ (Ra, E11, 54:10)

„Murad hat seinen Aufschlag nicht übers Netz gebracht und als wir wieder Aufschlag hatten und ich dran gewesen wäre stoppte mich Murad und sagte: ‚einmal, noch einmal‘. Er gab mir den Ball nicht obwohl ich diesen forderte und führte den Aufschlag durch. Murad lachte und war motiviert den Aufschlag durchzuführen und besser als beim vorigen Versuch zu absolvieren. Diese Situation wiederholte sich ein weiteres mal. Die Stimmung beim Spiel war gut.“ (Ra, E17, 60:8)

„Alle schaffen es positive Erfahrungen zu machen, d.h. an schwierige Bälle heranzukommen, den Ball aus schwierigen Situationen zu spielen und zu Punkten. Dafür werden sie gelobt und manchmal gibt es auch positives Feedback unter den Teilnehmern. Alle machen aber auch Fehler und kommen an Bälle nicht heran, worüber sie sich auch kurz ärgern, aber es verdirbt ihnen die Lust am Spielen nicht und sie sind dann gleich wieder voll dabei. Insgesamt empfinde ich es eine sehr angenehme

Atmosphäre und Murad und Fahid wollen nicht wirklich aufhören als ich 15 Minuten vor Schluß sage wir sollten aufhören.“ (CI, E18, 17:8)

„Es wird 3 gegen 3 auf zwei Körbe gespielt (Wa und ich pausieren verletzungsbedingt beim Basketballspielen). Alle TN laufen recht viel und strengen sich sichtlich an. Es kommt zu viel Bewegung. Das Spielen finde ich sehe fair, trotzdem wird um den Ball gekämpft, aber in einer lockeren Art und Weise. Ich glaube keiner zählt die Punkte und es geht um das Spiel und den Spaß am Spiel und nicht unbedingt ums Gewinnen. Das ist zumindest der Eindruck den ich von außen habe. Es wurde viel applaudiert und ermuntert. Gelungene Treffer wurden mit Stolz und Freude gelebt, insbesondere bei Fahid, aber auch bei Murad und Hamid.“ (CI, E19, 18:2)

6 Diskussion & Schlussfolgerung

Basierend auf der durchgeführten Intervention der Männergruppe im Jahr 2016 wurde deutlich, welche Veränderungen und Entwicklungen von der ersten bis zur letzten Einheit, sowohl bei Amari als auch bei Murad, stattgefunden haben. Es hat sich gezeigt welche Wirkung das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ auf physische, soziale sowie auf psychische Ressourcen der beiden Teilnehmer hatte, obgleich nicht außer Acht gelassen werden sollte, dass während des Untersuchungszeitraums auch weitere Faktoren, wie die aktuelle Lebens- und Wohnsituation, der Kontakt zu etwaigen Behörden oder anderen Institutionen sowie Erfahrungen im alltäglichen Leben und die damit einhergehenden positiven oder negativen Erlebnisse, einen Einfluss hatten.

6.1 Entwicklung und Veränderung von Amari

„Aufbrausend, intolerant, aggressiv“, „nicht mehr richtig im Kopf“ und der Wunsch so zu sein wie früher waren jene Attribute, mit denen sich Amari beim Erstgespräch selbst beschrieben hat. Auch Maercker (2013) berichtet in einem Fallbeispiel von ähnlichen Aussagen, welche als Indiz für eine PTBS gelten. Aus den Daten geht hervor, dass Amari von den Übungsleitern, im Vergleich zu seiner Selbstwahrnehmung, gänzlich anders wahrgenommen wurde. Zu Beginn der Einheiten verhielt er sich meist ruhig und distanziert. Im Laufe der Einheiten, vor allem in Spielsituationen, änderte sich seine Verhaltensweise und er interagierte sehr viel mit den anderen Teilnehmern und Trainern. Er klatschte, motivierte, unterstützte, organisierte und lachte. Auf diese Weise kam es bereits ab der ersten Einheit zu einer positiven Gruppendynamik. Aufgrund des beschriebenen Verhaltens von Amari kann man darauf rückschließen, dass er sich in der Interventionsgruppe wohlfühlt und er diese als sicheren Ort wahrgenommen hat. Diese Gemeinschaftserfahrungen förderten sein Selbstbewusstsein und zeigten, dass das Miteinander ressourcenstärkend ist (Koop, 2000). Beim Erstgespräch, sowie nach wenigen Einheiten, entwickelte Amari Vertrauen gegenüber den Trainern und dem Therapeuten, ein Umstand der dazu führte, dass er sich ihnen gegenüber öffnete. Er bat die Übungsleiter um Ratschläge, sprach mit diesen über seine Probleme und Schmerzen und nahm angebotene Hilfe dankbar an. Koop (2000, S. 565) bezeichnet das „Eingehen von Kontakt und das Schaffen einer Vertrauensbasis“ als grundlegend und zentral für die Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen. In weiterer Folge entwickelte sich sowohl mit den anderen

Teilnehmern als auch mit den Trainern und dem Therapeuten ein Näheverhältnis. Körperkontakt, persönliche Gespräche und der zunehmend offenere Umgang mit allen teilhabenden Personen der Intervention sind Ausdruck für Vertrauen und Sicherheit. Dem hinzuzufügen ist, dass es bei Menschen wie Amari, welche ein *man-made-disaster* erlebt haben, durch traumatische Erfahrungen oft zu starkem Misstrauen gegenüber anderen Personen kommt (Moser & Frey, 2008). Bei Amari hat sich jedoch während des Projekts eine gegenteilige Entwicklung vollzogen. Beispielsweise änderte sich sowohl sein soziales Verhalten während der Einheiten als auch sein Schmerzerleben. Besonders in den ersten Einheiten war auffällig, dass Amari zu Beginn der Einheiten bei koordinativen Übungen, beim Kräftigen oder beim Dehnen oftmals einen schmerzverzerrten Gesichtsausdruck aufwies. Des Weiteren klagte er auch über Kopf- oder Hüftschmerzen. Jedoch führte er, wenngleich er Schmerzen verspürte, die vorgezeigten Übungen durch. Schon in jener Phase der Intervention war er beim Spielen sehr aktiv und schien schmerzfrei zu sein. In den Tagen nach den Trainingseinheiten klagte er jedoch über Schmerzen, deshalb kann man schlussfolgern, dass Amari nur eingeschränkt über Selbstwissen sowie Selbstkontrolle verfügte. Nach nur wenigen Einheiten wurden schmerzverzerrte Gesichtsausdrücke oder das Klagen über Schmerzen vonseiten Amaris kaum mehr dokumentiert. Hatte er bei Kräftigungsübungen Schmerzen, beendete er diese in der Regel und führte auf eigene Initiative alternative Übungen durch. Auch Ley & Rato Barrio (2011b) weisen auf die selbstunterstützenden Prozesse, welche durch Bewegung und Sport gefördert werden, hin. Aufgrund der erlebten Schmerzen bei Spielen, zweifelte er teilweise bereits im Vorhinein ob er diese schaffe, da er vermutete, dass die jeweiligen Aktivitäten zu intensiv für ihn sein könnten. Nach den ersten Einheiten konnte ein bewussterer Umgang mit seinem Körper verzeichnet werden. Er erlangte mehr Kontrolle über seinen Körper. Aus diesem Grund kann man durchaus annehmen, dass Amari mehr Wissen über seine körperlichen Fähigkeiten erfuhr. Wiesmann (2013) weist darauf hin, dass durch ein Trauma die Kontrolle und das Wissen über den eigenen Körper, aufgrund des fehlenden Körpergefühls, stark eingeschränkt sein können. Im Zuge einer bewegten Traumatherapie können diese Ressourcen jedoch wieder aktiviert und genutzt werden. Trotzdem entstanden, vor allem in Spielsituationen, für Amari des Öfteren augenscheinlich unangenehme Situation. Einerseits kam er in fokussierte Zustände, was sich dadurch abzeichnete, dass er sich leicht, fliegend, nicht an die Schmerzen denkend, bewegte. Er machte einen konzentrierten, aktiven, fröhlichen, eifrigen Eindruck, es schien, als hätte er Anderes vergessen. Es ist anzunehmen, dass er sich von seinen Zweifeln und negativen Gedanken loslösen konnte und für ihn nur der Moment zählte. Er kam womöglich in Flow- oder Flow-ähnliche-

Zustände. Freude, Lachen, gegenseitiges Lob, Fokus, Motivation und gegenseitige Unterstützung prägten diese Momente, jedoch vergaß er in jenen Momenten auf seinen Körper zu hören, sodass er zu viel pushte, zu viel Energie gab oder zu intensiv agierte. Es kann nicht eindeutig geklärt werden, ob ihm bewusst war, dass er nach jenen Momenten, in denen er völlig auflebte, in denen alles andere verblasste, was ihm Sorgen bereitete, folglich Schmerzen hatte.

Wie bereits erwähnt, wurde Amari zu Beginn der Einheiten als niedergeschlagen, als energielos, abgelenkt, nachdenklich oder kraftlos wahrgenommen. Während bzw. nach den jeweiligen Einheiten veränderte sich sein Auftreten und man beschrieb Amari mit den Attributen „zielstrebig“, „voller Spannung“ und „aktiv“. Auch Hölter (2011) zeigt auf, dass es im Zuge von Bewegungstherapien in vielen Fällen bereits nach kurzer Zeit zu einer Veränderung der Körpersprache kommen kann. Bewegungsprogramme werden nicht als Therapie, sondern „als gelebtes Leben“ gesehen (Hölter, 2011, S. 21). Amari wurde vermutlich auch bewusst, was er brauche damit er sich besser fühle, da er teilweise bestimmten Ursachen eine Wirkung zuschreiben und in Folge darauf reagieren konnte, indem er sich massierte, sich auspowerte oder die Atemübungen forderte. Zusammenfassend gesagt, führte er jene Tätigkeiten aus, die für ihn je nach Stimmungslage seine Befindlichkeit ins Positive steigerte. Diese Selbstsicherheit und das Wissen, mit welchen Übungen er sich Gutes tat, war auch in einer durchgeführten Tanztherapie von Stammermann (2009), ein wesentlicher Bestandteil in der Traumatherapie.

Amari hat während den Einheiten auch erfahren, dass er Gefordertes schaffen und bewältigen könne und nicht daran scheitere. Diese Entwicklungen zeichneten sich bei verschiedenen Übungen ab. Hierbei zu nennen sind beispielsweise Kraftübungen, Koordinationsübungen, verschiedene Jonglage-Elemente oder das Spielen. Laut Caddick & Smith (2014, S. 7) hat bereits die Tatsache „etwas wieder zu tun“ positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden. Werden Übungen in weiterer Folge erfolgreich absolviert, sind die Auswirkungen daher umso positiver.

Die Schlussfolgerung die man aus dieser Entwicklungs-Analyse ziehen kann, ist, dass jene Bewältigungserfahrungen für Amari bedeutsamer wurden, wenn er gleichzeitig soziale Anerkennung dafür erhielt, wie beispielsweise in der 6. Einheit.

„Natürlich freute er sich auch über Anerkennung der Trainer und der anderen über seine Erfolgserlebnisse und dies war wichtig für sein Selbstkonzept und insbesondere für seine Selbstwirksamkeit. Er erfuhr dass er es doch noch kann. Diese Erfahrungen sind für ihn sehr wichtig. Er begegnet dem Basketballspielen etwas ängstlich, da er Angst davor hat dass er es nicht mehr kann (dies hat er im Erstgespräch auch gesagt), dass ihm das durch das Spiel bestätigt wird. Aber dies war nicht der Fall, er merkte dass er immer noch viel leisten kann und das war wichtig für ihn.“ (CI, E6, 6:6)

Fast alle beschriebenen Entwicklungen und Veränderungen von Amari haben in den ersten 13 Einheiten stattgefunden, in denen er neun Mal anwesend war. In den darauffolgenden 16 Einheiten war er lediglich zwei Mal präsent. Dies ist vermutlich auf die aktuelle Lebenssituation von Amari (siehe Kapitel 5.1.2) zurückzuführen. In diesem Zusammenhang betonen Fuchs & Klaperski (2012), dass es einerseits durch den erlebten Stress, in diesem Fall die unklare Wohn- und Lebenssituation, zu einer verminderten Motivation und Teilnahme an Bewegungsaktivitäten kommt. Andererseits führt Bewegung und Sport zu einer Reduzierung von Stress und besserem Wohlbefinden. Diesbezüglich hat Wa in der 16. Einheit folgendes niedergeschrieben: „Was mir heute an Amari sehr gefällt, daß er zum Sport kommt, obwohl er sich in einer Ausnahmesituation befindet. Ob bewußt oder rein intuitiv macht er offenbar genau das richtige in einer Situation, die er momentan nicht beeinflussen kann. Da ist eine gute Portion Selbst-Achtsamkeit spürbar, das gefällt mir“ (Wa, E16, 76:2). Amari kam darauffolgend noch ein weiteres Mal in die Sporteinheit und „erwähnt, dass es ihm jetzt nach dem Sport besser geht, dass er jetzt weniger Kopfschmerzen hat. [...]“ (CI, E 20, 19:1). Diese Aussage bringt zum Ausdruck, dass es ihm aufgrund des Sport- und Bewegungsprogramm physisch sowie psychisch besser ging und er sich dessen bewusst war.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Gruppe einen sicheren Raum für Amari darstellte. Er erlangte mehr Bewusstsein dafür, wie er es schaffen konnte zu mehr Wohlbefinden zu gelangen. Es schien, als fände er, nach den Bewältigungserfahrungen, die er während der Intervention machte, einen Weg seine aktuellen Probleme zu bewältigen. Es wirkte, als könnten ihm die zwei Mal wöchentlich stattfindenden Einheiten ausreichend Rückhalt geben. Ein Umstand der wohl dazu führte, dass er mehr Stabilität in seinem Leben verspürte. Jedoch hielt Amari nach jener Einheit weder telefonische noch

persönliche Kommunikation aufrecht und ist nicht mehr zu den Interventionseinheiten erschienen. Aktuell haben weder Hemayat noch sein Therapeut Kontakt zu ihm.

6.2 Entwicklung und Veränderung von Murad

Nachdem Murad beim Erstgespräch eine Liste von Einschränkungen hinsichtlich seines körperlichen Zustand aufgezählt hatte, blockte er vertiefende Fragen ab. Auch beim Nachgespräch hat er betont, dass sein Körper sowie seine Gesundheit „nicht normal“ seien und er seinen Körper nicht spüre. Laut Tripolt (2011) sind die erwähnten Aussagen kennzeichnend bei traumatisierten Personen, da es bei einer Traumaerfahrung zu einer Entfremdung des eigenen Körpers kommt. Die folgenden, von den Übungsleitern dokumentierten, Entwicklungen und Veränderungen waren Murad im Nachhinein nicht bewusst bzw. galt seine Aufmerksamkeit größtenteils negativen Aspekten.

In den ersten Einheiten wurde beobachtet, dass Murad sehr wenig Kontrolle über seinen Körper hatte. Es hatte den Anschein, als habe er sehr konkrete Bewegungsvorstellungen hinsichtlich der Ausführung und dem Aussehen bestimmter Übungen. Er scheiterte jedoch meist an der Ausführung. Seine mangelhafte Körperbeherrschung hatte zur Folge, dass er stürmisch und unkontrolliert agierte und dadurch unter anderem des Öfteren stürzte. Aus der Sicht der anderen Teilnehmer, verhielt er sich grob oder aggressiv. Etwa nach Ablauf der Hälfte der Intervention ist es zu deutlichen Verbesserungen in Bezug auf seine Körperwahrnehmung gekommen. Ab jenem Zeitpunkt konnte man beobachten, dass sich Murads Wissen und Kontrolle über den eigenen Körper durch die Intervention deutlich verbessert hatte. Diese Veränderungen wurden jedoch nicht nur beobachtet, sondern teilweise auch von Murad erkannt und verbalisiert. Auf der Basis von durchgeführten Bewegungsprogrammen betont auch Stammermann (2009, S. 57) die Wichtigkeit vom „Erleben des eigenen Körpers als zu sich gehörend“. Dieses „Erleben“ trägt einen wesentlichen Beitrag zur Selbststabilisierung bei. Entwicklungen und Verbesserungen hinsichtlich der Körperwahrnehmung waren jedoch nicht ständig positiv und wurden oft von negativen Erlebnissen überschattet. Ein Beispiel hierfür ist eine blutende Wunde am kleinen Finger von Murad, welche er in der 20. Einheit zunächst nicht spürte. Beim Nachgespräch, drei Tage später, war dieses Ereignis für Murad derart präsent, dass er, als er auf seine Körperwahrnehmung angesprochen wurde, verzweifelt antwortete, dass er überhaupt nichts spüre und es mit ihm „selbst schwierig sei“. Aufgrund dieses Ereignisses wird deutlich, dass er unzufrieden war und in diesem Moment positive Geschehnisse irrelevant

waren. Erklärbar ist diese negative Sicht auf sich selbst, auf die Zukunft oder auf die Welt durch das Konzept der kognitiven Triade von Beck et al. (1999). Erfahrungen werden meist negativ interpretiert und das Leben wird als Weg mit unüberwindbaren Hindernissen betrachtet.

Das Verhalten von Murad in der Gruppe war ab der ersten Einheit sehr aufdringlich und intensiv. Aufgrund seiner geringen Hörleistung sprach er oft sehr laut und merkte nicht, wenn dies unpassend war, wie etwa bei Entspannungsübungen, Reflexionen oder Atemübungen. Vor allem in den ersten Einheiten war er sehr bestimmend, ungeduldig und brachte klar und deutlich zum Ausdruck was ihm gefalle. Er war der Tonangebende, spielte den Clown, machte sich über Übungen lustig oder belächelte andere. Rücksichtslos war er vor allem gegenüber einem Teilnehmer, Fahid, da er ihn seine Abneigung deutlich spüren ließ.

Murad hatte von Beginn an Bezugspersonen in der Gruppe. Bei diesen Vertrauenspersonen handelte es sich um andere Tschetschenen die an der Intervention teilnahmen. Dies ist wohl auf die gleiche Muttersprache zurückzuführen. Jedoch schwächte die Alpha-Rolle, die Murad zu Beginn einnahm, nach einigen Einheiten ab. Die anderen Teilnehmer wirkten so als wären sie genervt von ihm und zwar davon, dass er Vieles ins Lächerliche zog und sich nicht auf Übungen einließ, die andere gerne durchführen wollten. Die anderen Teilnehmer gaben seiner Stimme nicht mehr soviel Gehör, wodurch sich einige von ihnen gegen ihn wandten. Die Beziehung wurde dadurch zu manch anderen distanzierter. Verschiedene Autoren (Gurris & Wenk-Ansohn, 2009; Koop, 2000; Nathan et al., 2010) betonen, dass sich bei traumatisierten Personen das soziale Verhalten stark verändert. Soziale Kontakt gehen verloren, das Vertrauen zu anderen ist geschwächt und die gewohnte soziale Position verändert sich ebenfalls. Aufgrund dieser Umstände kommt es oft zur sozialen Isolation oder anderen Verhaltensweisen. Murad hatte zu Beginn der Intervention sozialen Rückhalt und ein soziales Miteinander mit anderen Teilnehmern erfahren, eine soziale Erfahrung, die ihm sichtlich gut tat. Wie bereits erwähnt, ging das Zugehörigkeitsgefühl bei Amari jedoch vorübergehend wieder verloren. Wahrscheinlich veränderte Murad aufgrund dessen, etwa ab der 10. Einheit, Stück für Stück seine Verhaltensweisen. Womöglich spürte er, dass er die eingenommene Rolle in der Gruppe nicht aufrechterhalten konnte, da sich manche von ihm abwandten. Es kann durchaus sein, dass er merkte, dass es ihn selbst auch nicht weiterbringe, wenn er sich nur auf wenige Übungen einlasse. Im weiteren Verlauf wurden daher Lustlosigkeit und Desinteresse schrittweise weniger. Murad versuchte sich verstärkt auf Übungen, wie etwa auf die Atem-

oder Entspannungsübungen einzulassen. Der Umgang mit den anderen Teilnehmern wurde zunehmend respektvoller und fröhlicher. Anerkennung und Lob bestätigen ihn in seinem Handeln. Er schätze die sozialen Möglichkeiten der Intervention, welche als wichtige Ressource in der Traumatherapie gilt (Gurris & Wenk-Ansohn, 2009; Maercker, 2013). Anstatt die anderen auszulachen, wurde öfter miteinander gelacht, wodurch mehr Nähe entstand. Sein Verhalten hat sich vor allem gegenüber Fahid verändert, den er nun nicht mehr ignorierte oder zurechtwies. Vielmehr respektierte Murad Fahid deutlich mehr, unterstützte ihn bei Übungen und motivierte ihn zum Mitmachen. Bei Spielen wurde er teils zum Teamplayer, ohne dabei die anderen zu rempeln oder unfair zu spielen. Diese Veränderungen wirkten sich maßgeblich auf die ganze Gruppe aus, wodurch eine positivere Atmosphäre entstand. Beim Nachgespräch sprach er unter anderem davon, dass ihm die Beziehung zu den anderen Teilnehmern sehr wichtig wäre – „[...] hier seh ich das“ (N, 87:4). Er spürte Vertrauen, Nähe und Sicherheit. Das Erleben und Erfahren von sozialen Rückhalt, sozialem Miteinander, sozialer Unterstützung oder Gruppenerlebnissen, welche verbinden, gelten als „eine der wichtigsten Strategien in der Bewältigung von Stress“ (Kühnen & Haberstroh, 2013, S. 97). Murad erkannte und spürte diese sozialen Faktoren in der Interventionsgruppe.

Auch von den Übungsleitern und dem Therapeuten wurde er im Verlauf der Intervention als offener und interessierter wahrgenommen und auch das Verhältnis zu ihnen wurde näher und vertrauter. Es zeichnete sich eine ähnliche Entwicklung wie bei Amari ab. Er erzählte Privates und zeigte voller Stolz Fotos von seiner Familie. Er sprach über seine Vergangenheit, seine Schmerzen und seine Einschränkungen. Als Wa einige Male nicht anwesend war, erkundigte er sich nach dessen Gesundheitszustand. Murad wirkte ausgeglichener und zufriedener. Bei seinem Therapeuten sprach er auch darüber, dass er den Kontakt zu den Übungsleitern als „sehr schön“ empfand. Dieses Verhalten zeigt, dass die Beziehungen für Murad einen sicheren Ort dargestellt haben. Kern (2009, S. 199) schreibt in diesem Zusammenhang sogar davon, dass eine gute therapeutische Beziehung der „sicherste Ort für traumatisierte Klienten“ ist. Sowohl am Anfang als auch am Ende der Intervention war es jedoch schwer für ihn Meinungen und Anweisungen zu akzeptieren. Er ignorierte all jenes was er nicht gern hörte und machte dort weiter wo es nach seinen Vorstellungen passte.

Wie bereits erwähnte wurde Murad in den ersten Einheiten meist lustlos, abgelenkt oder desinteressiert wahrgenommen, nicht jedoch beim Spielen. Ab der ersten Einheit nahm er aktiv an den jeweiligen Spielen teil. Er rannte, lachte und klatschte. In diese Spielsituationen

wo es eventuell zu Flow-Erfahrungen gekommen sein könnte, war er fokussiert, motiviert und nahm aktiv teil. Er war konzentriert und seine Gedanken waren beim Spiel, bei Übungen kam es immer wieder zu Situationen bei denen er den Fokus nicht halten konnte. Teilweise rang er mit sich selbst, um etwas zu schaffen. Hinzuzufügen ist, dass er es zumeist versuchte. Doch während der Übungen schien es so, als wäre er mit seinen Gedanken in der Vergangenheit. Trotzdem schaffte er es den Fokus und die Konzentration gegen Ende der Intervention aufrechtzuerhalten und sich vermehrt auf das jeweils aktuelle Geschehen einzulassen. Zurückzuführen ist dieses Verhalten auch auf die Tatsache, dass es für Personen, welche traumatische Erlebnisse erfahren haben, sehr schwierig ist „sich auf neue wie auch auf vertraute Situationen zu konzentrieren“ (Van der Kolk & McFarlane, 2000, S. 27)

7 Kritik und Ausblick

Die Datenproduktion wurde u.a. mittels einer teilnehmenden Beobachtung durchgeführt. Hierbei ist zu bemängeln, dass die Forschungstagebücher bzw. Notizen nicht immer umgehend nach den Einheiten verfasst wurden und somit wichtige Informationen verloren gingen. Nach den Einheiten haben sich die Übungsleiter oder der Therapeut teilweise über Ereignisse bzw. Wahrnehmungen ausgetauscht, wodurch die Sichtweise der genannten Personen beeinflusst wurde. Ein möglicher Verbesserungsvorschlag wäre, dass dies erst nach dem Erstellen der Notizen geschieht und dafür konkret eine bestimmte Zeitperiode nach der Intervention eingeplant wird. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der Fokus der Beobachter nicht speziell auf die beiden zu untersuchenden Teilnehmer, Amari und Murad, gerichtet war und die Forschungstagebücher teilweise zu allgemein formuliert wurden. Beispielsweise war in den Aufzeichnungen oft die Rede von „den Teilnehmern“ anstatt die Namen der Teilnehmer zu nennen und über ihr individuelles Verhalten zu schreiben. Aufgrund der Tatsache, dass die durchschnittliche Teilnehmerzahl gering war, konnten ausreichend Daten über die untersuchten Teilnehmer gesammelt werden. Auffällig hierbei ist, dass über Teilnehmer, wie Amari, die nicht regelmäßig anwesend waren, in Folge weniger protokolliert wurde, wenn sie schließlich anwesend waren. Um Näheres über die Teilnehmer zu erfahren und detaillierte Information zu bekommen wäre eine bessere Zusammenarbeit und Kommunikation mit den jeweiligen Therapeuten der Teilnehmer notwendig. Bei der Planung der Intervention sollte auf den Ramadan Rücksicht genommen werden. Murad, der in den Einheiten zuvor fast immer anwesend war, hat sich für diese Zeit vom Programm abgemeldet, da Bewegung und Sport zu dieser Zeit eine enorme Belastung für ihn darstellen würde. Da die Stimmung der Gruppe durch fehlende Organisation oder Struktur schnell kippen kann, ist eine gute Organisation und Kommunikation zwischen den Übungsleitern und dem Therapeuten notwendig.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen auch, dass es für die zwei näher beschriebenen Teilnehmer während dem Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ zu vielfältigen positiven Veränderungen kam. Teilweise konnten Gemeinsamkeiten in der Entwicklung festgestellt werden. Beispielsweise haben sowohl Amari als auch Murad die Intervention als einen sicheren Ort wahrgenommen, der es ihnen ermöglichte im Moment zu leben und Schmerzen, Probleme und andere Sorgen für eine bestimmte Zeit zu vergessen. Hervorzuheben ist jedoch, dass durch die Intervention sehr unterschiedliche Prozesse möglich sind und die Klienten unterschiedliche Entwicklungen erfuhren. Für Murad waren

beispielsweise die sozialen Aspekte in der Gruppe von besonderer Bedeutung. Die Entwicklung der Beziehungen mit den anderen Teilnehmern, welche durch das Gruppensetting möglich waren, hatten eine derart bedeutende Rolle, dass sie in weiterer Folge auch zu einer Stärkung seiner psychosozialen Ressourcen führten. Auch für Amari war das soziale Umfeld der Gruppe ein wichtiger Faktor. Bedeutender war es für ihn jedoch Bewältigungserfahrungen zu machen. Die Auswirkungen zeigten sich meist umgehend in seiner Körpersprache. Das Erleben von Konsequenzerfahrungen, welches durch verbesserte Körperwahrnehmung sowie verstärktem Selbstwissen und –kontrolle unterstützt wurde, führte zu mehr Selbstbestimmung. Er erlangte mehr Bewusstsein darüber, auf welche Weise er Stresssituationen oder Schmerzen reduzieren konnte. Trotz aller positiven Erfahrungen, spielten negative Erlebnisse und Situationen auch eine einflussreiche Rolle, wodurch erlebte Fortschritte überschattet wurden. Durch das vielfältige Bewegungsangebot, welches einer Struktur folgte, war es für die Teilnehmer möglich neues kennenzulernen und Relevantes für sich selbst daraus mitzunehmen. Jedoch sollte in zukünftigen Interventionen nicht auf den Einsatz von Musik vergessen werden. Begleitende Musik, tänzerische Elemente zur Musik oder freie Bewegungen sollten in zukünftigen Interventionen, auch in der Männergruppe, durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt).
- Banzer, W., Knoll, M. & Bös, K. (1998). Sportliche Aktivität und physische Gesundheit. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 17–32). Schorndorf: Hofmann.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1999). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions*. New York: Routledge.
- Birck, A. (2004). Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(2), 101–109.
- Brehm, W. (1998). Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 33–43). Schorndorf: Hofmann.
- Butollo, W. & Karl, R. (2012). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Caddick, N. & Smith, B. (2014). The impact of sport an physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, (15), 9–18.
- Cserny, S. & Tempfli, U. (2006). Die Wirkung von Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung. In Cserny, S. & Paluselli, C. (Hrsg.), *Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie* (S. 11–30). Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow: Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Clett-Cotta.

- Csikszentmihalyi, M. & Jackson, S. A. (2000). *Flow im Sport: der Schlüssel zur optimalen Erfahrung und Leistung*. München: BLV
- Diaz, A. & Motta, R. W. (2007). The effects of an aerobic exercise program on posttraumatic stress disorder symptom severity in adolescents. *International Journal of Emergency Mental Health*, 10(1), 49–59.
- Dörr, M. (2008). Psychosoziale Arbeit mit (traumatisierten) Flüchtlingen. *Sozial Extra*, 32(11), 33–34.
- Eberhard-Kaechele, M. (2009). Heimkehr zu sich selbst: Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 165–192). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Ekkekakis, P. (2013). Physical activity as a mental health intervention in the era of managed care. A rationale. In *Routledge Handbook of Physical Activity and Mental Health* (S. 1–32). London: Routledge.
- Faulkner, G. E. (2005). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia. In Faulkner G. & Taylor A. H. (Hrsg.), *Exercise, health and mental health: Emerging relationships* (S. 27–69). New York: Routledge.
- Fischer, G., Gurrus, N. F., Pross, C. & Riesesser, P. (2003). Psychotraumatologie- Konzepte und spezielle Themenbereiche. In Adler, R. H., Herrmann, J. M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O. W., von Uexküll, T., & Wesiack, W. (Hrsg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 631–641). München: Urban & Fischer.
- Forester, C. (2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 2(2), 123–133.
- Fuchs, R. & Klaperski, S. (2012). Sportliche Aktivität und Stressregulation. In Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität* (S. 100–121). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (2012). Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität: Zum Stand der Forschung. In Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität* (S. 1–12). Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Gurris, N. F. & Wenk-Ansohn, M. (2009). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In Maercker, A. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 477–499). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, (60), 547–561.
- Hofer, V. & Hochedlinger, J. (2014). *Laufned mehr Wohlbefinden. Eine qualitative Untersuchung eines Laufprogramms mit traumatisierten Flüchtlingen, Folter- und Kriegsüberlebenden*. Universität Wien: Wien.
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Irwin, C. (2009). Häusliche Gewalt und Recovery. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 23–38). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Jackson, S. A., Ford, S. K., Kimiecik, J. C. & Marsh, H. W. (1998). Psychological Correlates of Flow in Sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20(4), 358–378.
- Jakobs, D. (2011). *Depressionen - Bewegungstherapie als wirksames Antidepressivum? Ein kritischer Überblick zum Stand der Bewegungstherapie in der Behandlung depressiver Erkrankungen*. Saarbrücken: VDM Verlag
- Karning, W. S. M. (2016). *Auswirkungen einer Bewegungstherapie auf das Kohärenzgefühl bei Kriegs- und Folterüberlebenden Frauen*. Universität Wien: Wien.
- Kern, E. (2009). Verletzungen des zentralen Selbsterlebens als Schlüsselstellen der körper- und bewegungsorientierten Traumatherapie. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 193–214). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Koch, S. & Weidinger von der Recke, B. (2009). Traumatisierte Flüchtlinge: Tanz und Gesprächspsychotherapie im Zusammenspiel. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 121–143). Stuttgart: Schattauer.
- Koop, I. I. (2000). Narben auf der Seele. Integrative Traumatherapie mit Folterüberlebenden. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 561–585.

- Koop, I. I. (2002). Das Leibparadigma in der Traumatherapie. Erfahrungen aus der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und Gefolterten. *Integrative Bewegungstherapie*, 1, 4–11.
- Koop, I. I. (2009). IBT mit traumatisierten Flüchtlingen. In Waibel, M. J. & Jacob-Krieger, C. (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie: Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S. 255–240). Stuttgart: Schattauer.
- Kromrey, H. (2002). *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung* (10. vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Leske + Budrich, Opladen.
- Kühnen, P. D. U. & Haberstroh, D. S. (2013). Die Dynamik von Kultur und Selbstkonzept: Konsequenzen für das Erleben und Bewältigen von Stress. In Genkova, P., Ringeisen, T. & Leong, F. T. L. (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur* (S. 97–112). Wiesbaden: Springer.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lawrence, S., De Silva, M. & Henley, R. (2010). Sports and games for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (1), CD007171.
- Lee, S. Y. (2013). "Flow" in Art Therapy: Empowering Immigrant Children With Adjustment Difficulties. *Art Therapy*, 30(2), 56–63.
- Ley, C. (2007). Die Situation von Bewegung und Sport als Rehabilitationsmaßnahmen in Spanien. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23(4), 146–152.
- Ley, C., Frisch, K. & Podlecki, M. (2014). *Handbuch. „Movi Kune - gemeinsam Bewegen“. Bewegung und Sport mit Flüchtlingen, Kriegs- und Folterüberlebenden*. Wien.
- Ley, C., Lintl, E. & Movi Kune Team. (2014). „Movi Kune - gemeinsam Bewegen“: Bewegungstherapie mit Kriegs und Folterüberlebenden. *Spectrum*, 26(2), 1–27.
- Ley, C. & Rato Barrio, M. (2010). Movement, games and sport in psychosocial intervention: a critical discussion of its potential and limitations within cooperation for development. *Intervention*, 8(2), 106–120.
- Ley, C. & Rato Barrio, M. (2011a). Evaluierung der psychosozialen Intervention APM in Guatemala. In Petry, K., Groll, M. & Tokarski, W. (Hrsg.), *Sport und internationale Entwicklungszusammenarbeit* (S. 159–182). Köln: Sportverlag Strauss.

- Ley, C. & Rato Barrio, M. (2011b). Movement and sport therapy with women in Guatemalan context of violence and conflict. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 6(1), 145–160.
- Ley, C. & Rato Barrio, M. (2012). Active learning and healing processes through sport and recreation with women who suffered domestic violence in Guatemalan post-conflict context. In Gilbert K. & Bennett W. (Hrsg.), *Sport, Peace and Development* (S. 353–365).
- Lippert, D. (2016). *Das Flow-Erleben bei traumatisierten Flüchtlingen, Kriegs- und Folterüberlebenden in bewegungs- und sporttherapeutischen Programmen*. Universität Wien: Wien.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Manger, T. A. & Motta, R. W. (2005). The Impact of an Exercise Program on Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(1), 49–57.
- Maragkos, M. (2010). Worauf es ankommt: Integrative Traumatherapie. *Psychotherapie*, 15(2), 298–307.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Melcher, M. F. (2009). Was stimmt nicht mit mir? Wiederholte Traumatisierung durch medizinische Eingriffe. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 60–79). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Moore, C. & Stammermann, U. (2009). *Bewegung aus dem Trauma: Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie*. Schattauer Verlag.
- Moser, C., & Frey, C. (2008). *Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten: eine Informationsschrift für Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen*. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Motta, R. W., McWilliams, M. E., Schwartz, J. T. & Cavera, R. S. (2012). The Role of Exercise in Reducing Childhood and Adolescent PTSD, Anxiety, and Depression. *Journal of Applied School Psychology*, 28(3), 224–238.

- Nathan, S., Bunde-Birouste, A., Evers, C., Kemp, L., MacKenzie, J. & Henley, R. (2010). Social cohesion through football: a quasi-experimental mixed methods design to evaluate a complex health promotion program. *BMC Public Health*, 10, 587.
- Petzold, H. G. (1999). Body narratives - Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 1–1/1999, 4–30.
- Ramirez-Castillo, N., Heiss, C. & Heinrich, B. (2016). *Platz für neue Hoffnung. Jahresbericht 2015* (S. 36). Wien: Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende.
- Reinhardt, C., Wiener, S., Heimbeck, A., Stoll, O., Lau, A. & Schliermann, R. (2008). Flow in der Sporttherapie der Depression – ein beanspruchungsorientierter Ansatz. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 24(4), 147–151.
- Schagerl, G. (2007). Stress und Bewegung. Stressoren bewegen. In Perner, R. A. (Hrsg.), *Körper - Sport - Stress: 3. Fachsymposium zur Salutogenese in Österreich* (S. 99–100). Wien: Aaptos.
- Schmitz, U. (2006). Bewältigung traumatischer Ereignisse. In Schmidt, E. (Hrsg.), *Lehrbuch Konzentrative Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung* (S. 233–242). Stuttgart: Schattauer.
- Schüle, K. & Huber (Hrsg.). (2012). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Stammermann, U. (2009). Tanztherapie und psychosoziale Arbeit: Wege aus der Gebundenheit an Traumen. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 39–59). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Strobl, P. M. T. (2014). *Therapeutische Wirkfaktoren von Tanz, Bewegung und Sport bei Folter- und Kriegstraumatisierten Frauen*. Universität Wien: Wien.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1449–1462.
- Tripolt, R. (2011). Der Tanz aus dem Trauma – Psychotrauma-Therapie mit EMDR in Bewegung und bewusstem Tanz. *Journal für Psychologie*, 19(3). A
- Turini, P. (2001). *Ich liebe dieses Land. Theaterstück in drei Akten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

- United Nations High Commissioner for Refugees. (2016). *GLOBAL TRENDS. FORCED DISPALCEMENT IN 2015*.
- Van der Kolk, B. A. & McFarlance, A. C. (2000). Trauma - ein schwarzes Loch. In Van der Kolk, B. A., McFarlance, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.), *Tramatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 27–47). Paderborn: Junfermann.
- Wenk-Ansohn, M. (2007). Treatment of torture survivors - influences of the exile situation on the course of the traumatic process and therapeutic possibilities. *Torture*, 17(2), 88–95.
- Wiesmann. (2013). Salutogenese und trauma - Salutogenese in der Traumatherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, (92), 111–119.
- World Health Organisation (WHO). (2017). ICD-10. Kapitel V: F00 - F99 Psychische Verhaltensstörungen. Abgerufen am 16. Jänner 2017 von ICD-Code: <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>
- ZARA. (2015). *Rassismus Report 2015. Einzelfall-Bericht über rassistische Übergriffe und Strukturen in Österreich*. Wien.
- Ziskoven, M. (2015). Die Wunden können nicht vernarben. *Soziale Psychatrie*, (3), 13–17.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:Kategorienzuweisung (eigene Erstellung, 2017).....	24
---	----

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Kategorisierung von Traumata	10
Tab. 2: Verwendete Abkürzungen.....	25
Tab. 3: Anwesenheit Amari	36
Tab. 4: Anwesenheit Murad	51

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.“

.....
Rainer Csar