



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Laufend mehr Wohlbefinden“

Eine qualitative Untersuchung eines Laufprogramms mit traumatisierten Flüchtlingen, Folter- und Kriegsüberlebenden

verfasst von

Johanna Hochedlinger

gemeinsam mit

Verena Hofer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 190 353 482

Studienrichtung lt. Studienblatt:

UF Spanisch, UF Bewegung und Sport

Betreuer:

Univ.Ass. MMag. Dr. Clemens Ley

Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit wurde in Zusammenarbeit von Johanna Hochedlinger und Verena Hofer verfasst.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei Herrn Dr. Clemens Ley für die intensive Betreuung, engagierte Mitarbeit und motivierte Teilnahme an der Laufintervention bedanken. Er stand uns zu jeder Zeit hilfreich und unterstützend zur Seite. Ein großer Dank gilt auch der Kunsttherapeutin Edita Lintl, die die Rekrutierung der Teilnehmer ermöglichte. Sie bereicherte durch ihre kreative Mitwirkung und ihr fröhliches Gemüt die Interventionseinheiten. Weiters bedanken wir uns bei Manuel Podlecki, der als Beobachter aktiv am Programm teilnahm und uns seine Forschungstagebücher zur Verfügung stellte. Außerdem möchten wir uns bei allen Teilnehmern bedanken, ohne deren Mitwirkung die Durchführung des Laufprogramms nicht möglich gewesen wäre.

Ein großes Dankeschön gilt auch allen Spenderinnen und Spendern der Sportbekleidung und -schuhen.

Abschließend danken wir unseren Familien von ganzem Herzen für die Ermöglichung des Studiums und die Unterstützung während der Studienjahre.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung (Hochedlinger, Hofer)	1
I THEORETISCHER TEIL		4
2	Laufsport	4
2.1	Was bisher geschah (Hochedlinger)	4
2.1.1	Der laufende Jäger	5
2.1.2	Laufen als Ritual	5
2.1.3	Botenläufer	5
2.1.4	Laufen sportlich betrieben.....	6
2.1.5	Vom herrschaftlichen Vorläufer zum Kunstläufer	6
2.1.6	Hundert Jahre im Schnelldurchlauf	7
2.2	Lauftraining (Hochedlinger).....	8
2.2.1	Aerober und Anaerober Energiestoffwechsel	9
2.2.2	Die Dauermethoden.....	10
2.3	Positive Effekte des Laufens (Hofer)	11
2.3.1	Wirkungen auf die Physis (Hochedlinger)	12
2.3.1.1	Herz stärken.....	12
2.3.1.2	Volle Lungenkapazität nutzen	12
2.3.1.3	Weniger Gewicht auf der Waage.....	13
2.3.1.4	Weitere Anpassungsvorgänge im Körper	13
2.3.2	Wirkungen auf die Psyche (Hofer)	14
2.3.2.1	Besser schlafen	14
2.3.2.2	Weniger Stress	15
2.3.2.3	Verbessertes Wohlbefinden	16
2.3.2.4	Intelligenz und Kreativität fördern	17
2.3.2.5	Selbstbewusstsein steigern.....	18
2.3.2.6	Angst reduzieren	19
2.3.2.7	Depressionen senken	20
2.3.3	Erklärungsansätze – Wirkungen auf die Psyche (Hofer)	21

2.3.3.1	Einige Erklärungsmodelle.....	21
2.3.3.2	Transiente Hypofrontalitätshypothese und Endocannabinoid-Hypothese ..	23
2.3.3.3	Verhaltenstherapeutischer Erklärungsansatz	24
2.4	Laufsucht (Hofer)	28
3	Laufen als Therapie	30
3.1	Was ist eine Therapie (Hochedlinger)	30
3.2	Die Bedeutung von Körper, Leib und Bewegung (Hofer).....	30
3.2.1	Der Dualismus zwischen Körperlichem und Seelischem	30
3.2.2	Bewegung aus einem phänomenologisch-anthropologischen Blickwinkel.....	31
3.3	Formen der (Bewegungs-)Therapie (Hochedlinger)	33
3.4	Lauftherapie (Hochedlinger).....	34
3.4.1	Was ist die Lauftherapie?.....	34
3.4.2	Wann wird die Lauftherapie verwendet?	36
3.5	Das Paderborner Modell als exemplarische Methode (Hochedlinger)	37
3.5.1	Prinzipielle Annahmen zur Lauftherapie nach Weber	37
3.5.2	Bausteine der Lauftherapie nach dem Paderborner Modell.....	38
3.6	Aktueller Forschungsstand zur Lauftherapie (Hochedlinger)	41
3.6.1	Lauftherapie bei Depressionen	42
3.6.2	Lauftherapie bei Abhängigkeitserkrankungen	44
3.6.3	Lauftherapie bei Essstörungen.....	45
3.6.4	Lauftherapie bei Persönlichkeitsstörungen.....	47
4	Flüchtlinge, Folter und deren Folgen.....	48
4.1	Begriffserklärungen (Hochedlinger).....	48
4.2	Lebenssituation der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden (Hofer)	49
4.3	Gesundheitliche Folgen von Folter (Hofer).....	50
4.3.1	Psychosoziale Folgen für Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebende	50
4.3.2	Somatische Folgen	53
II	EMPIRISCHER TEIL	55
5	Intervention (Hochedlinger, Hofer)	55

5.1	Vorbereitung der Intervention.....	55
5.1.1	Rekrutierung der Teilnehmer	56
5.1.2	Interviews mit den Therapeut/innen	56
5.1.3	Erstgespräche mit den Teilnehmern	56
5.1.4	Sportausrüstung organisieren	57
5.1.5	Austragungsort	59
5.2	Durchführung der Intervention.....	61
5.2.1	Gliederung einer Einheit.....	61
5.2.2	Nachgespräche.....	63
5.3	Ziele der Intervention	63
6	Methode	64
6.1	Forschungsfragen (Hochedlinger, Hofer)	64
6.2	Stichprobe (Hofer).....	64
6.3	Forschungsinstrument (Hochedlinger)	67
6.3.1	Teilnehmende Beobachtung	67
6.3.2	Vorgehensweise der Forscherinnen.....	70
6.3.3	Die teilnehmenden Beobachter/innen	71
6.4	Kategorien (Hochedlinger, Hofer).....	72
6.4.1	Wohlbefinden.....	72
6.4.2	Selbstkonzept	72
6.4.3	Motivation	73
6.4.4	Körperwahrnehmung	74
6.4.5	Bewegungsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten	74
6.4.6	Sprachprobleme	74
6.4.7	Rahmenbedingungen.....	75
6.4.8	Programminhalt	75
6.5	Datenproduktion (Hofer).....	75
6.6	Datenanalyse (Hofer).....	75
7	Ergebnisse und Diskussion.....	76

7.1	Wohlbefinden (Hofer)	76
7.1.1	Physisches und psychisches Wohlbefinden	76
7.1.2	Soziales Wohlbefinden	88
7.2	Selbstkonzept (Hochedlinger)	99
7.2.1	Selbsteinschätzung und Selbstregulierung.....	100
7.2.2	Selbstsicherheit	104
7.3	Motivation (Hofer)	111
7.4	Körperwahrnehmung (Hochedlinger)	117
7.4.1	Messung der Herzschlagfrequenz.....	117
7.4.2	Wahrnehmung der Atmung	118
7.4.3	Nachspüren und Reflektieren.....	119
7.4.4	Dehnung	120
7.4.5	Mobilisierung.....	121
7.5	Bewegungsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten (Hofer)	122
7.5.1	Vorerfahrungen.....	122
7.5.2	Konditionelle Fähigkeiten	123
7.5.3	Koordinative Fähigkeiten.....	125
7.6	Sprachprobleme (Hochedlinger)	126
7.7	Rahmenbedingungen (Hochedlinger).....	129
7.8	Programminhalt (Hochedlinger)	132
8	Schlussfolgerungen (Hochedlinger, Hofer)	136
9	Kritik und Ausblick (Hochedlinger, Hofer).....	145
9.1	Forschung.....	145
9.2	Intervention	146
	Literaturverzeichnis	148
	Abbildungsverzeichnis.....	152
	Anhang.....	153
	Abstract (Deutsch).....	153
	Abstract (English)	153

Lauftechnik Key Facts	154
Lebenslauf.....	158
Eidesstattliche Erklärung	159

1 Einleitung (Hochedlinger, Hofer)

"Flucht und Vertreibung gehören zu den globalen Herausforderungen unserer Zeit." (António Guterres, UN-Flüchtlingshochkommissar)

Am Institut für Sportwissenschaft an der Universität Wien wird im Arbeitsbereich Sportpsychologie das Bewegungs- und Sportprojekt *MOVI KUNE – gemeinsam bewegen* für Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebende durchgeführt. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit *Hemayat*, dem Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende realisiert und strebt primär danach, die Zielgruppe durch Bewegung und Sport – zusätzlich zu einer Psychotherapie – zu unterstützen. Formuliert Ziele von *MOVI KUNE* sind die Förderung von Wohlbefinden, Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Stressmanagement und Entspannung, sowie die Stärkung und Erweiterung der Handlungs- und Sozialkompetenzen und Ressourcen. Im Zuge des *MOVI KUNE* Projekts wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit ein Bewegungs- und Sportprogramm mit der Zielgruppe durchgeführt und evaluiert.

Unsere persönlichen positiven Erfahrungen im Laufsport regten das Forschungsinteresse in diesem speziellen Bereich an. Das Laufen ist für den Menschen die natürlichste Art der Fortbewegung und besonders dem aeroben Dauerlauf werden eine Vielzahl von positiven Wirkungen zugeschrieben. Läuferinnen und Läufer geben an, dass sie durch regelmäßiges Laufen ihr seelisches Gleichgewicht und psychisches Wohlbefinden selbst regulieren und kontrollieren können. (Schmidt, Stoll & Ziemainz, 2000, S. 55)

Bartmann (2009b, S. 81) spricht vom Laufen als "eine Form der Selbsttherapie", es geht primär um die "Befähigung zur Selbsthilfe", das heißt hat man die grundlegende Systematik des Laufens kennen gelernt, so ist man stets in der Lage positiv auf das eigene körperlich-seelisch Befinden einzuwirken.

Die positiven Wirkungen durch das Laufen können durch einige wissenschaftliche Studien belegt werden. In einer Studie von Folkins, Lynch und Gardner (1972) wurde nachgewiesen, dass durch das langsame Laufen Schlafstörungen abgebaut sowie Selbstbewusstsein und Selbstbild gesteigert werden konnten. Long (1984), Krag (1981), Gillem (1984) und Berger (1984) zeigten, dass die Effektivität des aeroben Laufens als Copingstrategie mit der von Stressimpfungsprogrammen vergleichbar ist. An der Universität Ulm konnten Stroth, Hille, Spitzer & Reinhardt (2008) dem Laufen eine Verbesserung des Wohlbefindens und der kognitiven Leistungsfähigkeit nachweisen. Reule (2000) analysierte 30 Arbeiten zum Thema Angstreduktion durch Laufen und konnte einen eindeutig positiven Effekt herausarbeiten. Durch Bartmann (2009b) konnte die Reduktion psychosomatischer Störungen (Appetitlosigkeit, Durchfall, Übelkeit, Kreislaufstörungen, Schlaflosigkeit) durch regelmäßiges

Laufen unabhängig vom Geschlecht festgestellt werden. Zahlreiche Studien weisen außerdem auf die depressionssenkende Wirkung durch Laufen hin (Greist et al. 1978, 1979; Klein et al. 1985; Blumenthal et al. 2007; Brené et al. 2007; Dunn et al. 2005).

Aufgrund der positiven Wirkungen des Laufens, wurde in Anlehnung an das Konzept der Lauftherapie nach Weber (1999) mit der Männergruppe des *MOVI KUNE* Projekts ein zehn wöchiges Laufprogramm durchgeführt. Das wissenschaftliche Interesse bestand in der Erforschung der positiven Effekte durch eine regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf die traumatisierten Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden. Im Fokus standen die Wirkungen hinsichtlich des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens, des Selbstkonzepts, der Körperwahrnehmung, der Ausdauerleistungsfähigkeit und des körper- und sportbezogenen Wissens der Teilnehmer. Als Forschungsinstrument diente die qualitative Methode der teilnehmenden Beobachtung. Die Information aus den teilnehmenden Beobachtungen wurde in Form von Forschungstagebüchern nach jeder Einheit von den beiden Übungsleiterinnen, einer Kunsttherapeutin und zusätzlich ein bis zwei Beobachtern festgehalten. Die produzierten Daten wurden mit Hilfe des Softwareprogramms ATLAS.ti 7.0 analysiert und in Bezug auf die Forschungsfragen ausgewertet.

Die vorliegende Diplomarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im Theorieteil wird zunächst ein geschichtlicher Abriss des Laufsports gegeben und die Bedeutung des Laufens für den Menschen geklärt. Es folgt eine trainingswissenschaftliche Hinführung zur Methode des aeroben Dauerlaufs, die für die Durchführung der Laufintervention von besonderer Relevanz war. Zur Legitimierung einer Laufintervention werden die positiven physischen und psychischen Wirkungen des Laufens erörtert, sowie Erklärungsansätze für diese Wirkungen vorgestellt. Weiters wird die Thematik der Laufsucht kurz behandelt. Im nächsten Schritt rückt das Laufen als Therapie in den Interessensmittelpunkt. In diesem Zusammenhang wird das Paderborner Modell der Lauftherapie nach Weber (1999) als exemplarische Methode herausgearbeitet. Um einen Überblick des aktuellen Forschungsstandes hinsichtlich des Einsatzes der Lauftherapie bei psychischen Erkrankungen zu erhalten, werden einige Studien kurz angeführt. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils behandelt die Thematiken Flüchtlinge, Folter und deren Folgen und soll somit einen Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe geben.

Der empirische Teil beginnt mit der Darstellung der Vorbereitung und Durchführung der Intervention. Es werden die Ziele und die Forschungsfragen geklärt und die Stichprobe vorgestellt. Außerdem werden die theoretische sowie praktische Vorgehensweise der teilnehmenden Beobachtung beschrieben und die im Forschungsprozess entstandenen Kategorien hinsichtlich ihrer Bedeutungen geklärt. Weiters wird der Vorgang der Datenproduktion sowie die Datenanalyse anhand der einzelnen Kategorien skizziert. Im

Kapitel der Ergebnisdarstellung werden die Forschungsfragen anhand der gewonnenen und analysierten Daten beantwortet. Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst, kritisch beleuchtet und Empfehlungen für zukünftige Bewegungs- und Sportprogramme gegeben.

I THEORETISCHER TEIL

2 Laufsport

Das aktuelle Kapitel gliedert sich in einen kurzen geschichtlichen Input zur Entwicklung des Laufens und des Laufsports, weiters wird das Lauftraining thematisiert mit besonderer Akzentuierung des aeroben Dauerlaufs. Darauf folgen die physischen sowie psychischen Wirkungen des Laufens und abschließend eine kurze Abhandlung zur umstrittenen Laufsucht.

„Vogel fliegt, Fisch schwimmt, Mensch läuft!“ Der Langenstreckenläufer, Emil Zatopek (zit. nach Marlovits, 2008, S. 44), brachte die Natürlichkeit der Laufbewegung für den Menschen auf den Punkt.

Buytendijk (1956, S. 113) beschreibt das Laufen und Gehen als die „Selbst-Bewegung“ des Menschen und erklärt, dass diese durch ein rhythmisch abwechselndes Beugen und Strecken der Extremitäten erreicht wird. Laufen und Gehen sind gleichmäßige Ausdauerbelastungen, die je nach Trainingszustand für längere Zeit durchführbar sind. Das Laufen unterscheidet sich vom Gehen durch eine kurze „Schwebephase“, in der kein Bodenkontakt besteht. (Weber, 1999, S. 16)

Der Pädagoge und Philanthrop Johann Christoph Friedrich GutsMuths hielt bereits 1817 fest: „Das Laufen ist nicht bloß eine der natürlichsten, sondern auch der heilsamsten Übungen für die Gesundheit und Stärkung des Körpers, wenn es nicht übertrieben wird.“ Doch die Geschichte vom laufenden Menschen ist noch um viele Jahre älter. (Dahms, 2001, S. 7)

2.1 Was bisher geschah (Hochedlinger)

Es folgt ein geschichtlicher Abriss vom Laufen und seiner Bedeutung für den Menschen. Berichtet wird über den Mensch als laufenden Jäger, rituelle Laufereignisse der verschiedenen Hochkulturen, den herrschaftlichen Vorläufer, den Boten- und Berufsläufer, der bis ins 19. Jahrhundert zum Einsatz kam, sowie den Kunstläufer, der sich durch ausgefallene Laufarten auszeichnete.

2.1.1 Der laufende Jäger

Das Laufen ist nach Marlovits (2008, S. 24f) die Fortbewegungsart des Menschen, die ihm ermöglicht, eine Strecke aus eigener Kraft in möglichst kurzer Zeit zurückzulegen. Durch das Laufen konnte der Mensch wilde Tiere oder Feinde jagen, in bedrohlichen Situationen davonlaufen und sich in Sicherheit begeben. Marlovits (2008, S. 25) bezeichnet „Schnelligkeit und Ausdauer als überlebensstrategische Vorteile“. Menschen unterschiedlicher Kulturen (Frankreich, Spanien, Südafrika) machten sich durch den „Ermüdungslauf“, bei dem wilde Tiere so lange gehetzt wurden, bis man sie dank ihrer Erschöpfung fassen konnte, das Laufen zu Nutze. Steffny (1979, S. 21) berichtet von „Buschmänner[n] in der Kalahari [die noch heute] die Antilopen in tagelanger Hetzjagd [jagen]“.

2.1.2 Laufen als Ritual

Es wird über das Laufen als traditionelles Ritual berichtet. Die Pharaonen sahen im langen Lauf eine Opfergabe für ihre Götter oder den Beweis eines Herrschers über seine Dienlichkeit gegenüber dem Volk (Bartmann, 2009b, S. 13). Marlovits (2008, S. 25f) berichtet über Süd- und Nordamerikanische Indianerstämme, die das Laufen bei Fruchtbarkeitsritualen und der Totenehrung einsetz(t)en. Der indianische Stamm der Tarahumaras, der auf ca. 1500 Höhenmetern im Norden Mexikos lebt, vollzieht noch heute einen rituellen Fruchtbarkeitslauf. Die Laufstrecke ist ein Rundkurs, der von Mannschaften verschiedener Dörfer im Wettkampf mehrfach belaufen wird. Derartige Kultläufe sind auch aus dem europäischen Raum überliefert und bekannt. Bereits Platon schrieb über griechische Fackelläufe als Wettläufe vor Opfergaben. Die Germanen liefen ebenfalls aus ritueller Überzeugung. In Kärnten sollen Bauern zu Ostern Mitternachtsläufe zelebriert haben, die sich über 40 Kilometer und mehr als vier Berge erstreckten.

2.1.3 Botenläufer

Im antiken Griechenland, bei den Persern, Römern, Arabern und Inkas wurde das Laufen nicht nur in Rituale eingebunden, sondern brachte auch den praktischen Nutzen der Informationsweitergabe. Es gab Berufsläufer für militärische und zivile Zwecke, die den Auftrag hatten wichtige Informationen und Nachrichten zu überbringen. Der Mythos des ersten „Marathon“-Läufers stammt aus diesem Zusammenhang, da der Läufer die Nachricht über den Sieg der Griechen über die Perser im Jahr 490 v. Chr. von Marathon nach Athen gebracht haben und danach tot zusammengebrochen sein soll. Die Strecke, die der Grieche

in voller Rüstung durchlaufen haben soll, ist jedoch nicht eindeutig nachweisbar und wird zwischen 32 und knapp 40 Kilometer geschätzt. (Marlovits, 2008, S. 25f)

2.1.4 Laufen sportlich betrieben

Bei den Olympischen Spielen wurde/wird das Laufen sowohl als Einzel- und Mehrfachdisziplinenwettkampf abgehalten. Es war/ist ein fixer Bestandteil des *Pentathlon*, dem klassischen Fünfkampf. Dieser bestand aus den Disziplinen Diskuswurf, Weitsprung, Speerwurf, Laufen und Ringen. Die Athleten liefen barfuß auf dem sandigen Stadionboden eine Länge in eine Richtung oder mehrere Längen in Pendelform mit Umkehrpfosten. Der älteste Laufwettkampf ist der Stadion-Lauf der über eine Stadionlänge ging und somit knapp 200m ausmachte. Die doppelte Distanz wurde als Pendellauf abgehalten und wird als *Diaulos-Lauf* bezeichnet. Längere Distanzen (ca. 4.500m) wurden ab dem 5. Jahrhundert abgehalten und als *Dolichos* bezeichnet. Diese variierten in ihrer Länge je nach Wettkampfort. (Wiersing, 1999, S. 130ff)

2.1.5 Vom herrschaftlichen Vorläufer zum Kunstläufer

Im 16. Jahrhundert wurde der „Vorläufer als Statussymbol“ für den Hochadel betrachtet. Große Herrscher wurden in Kutschen geführt und Läufer begleiteten diese um die Befahrbarkeit der Wege zu prüfen, das Ankommen des Herrschers vorab zu verkünden und bei Wagengebrechen als Hilfskraft zu dienen. (Oettermann, 1984, S. 31)

Im 18. Jahrhundert entwickelte sich in Wien eine spezifische Laufkultur. Es soll „Lehr-Akademien“ gegeben haben. Jeder der ein richtiger Läufer sein wollte, musste den „Freilauf von Mariabrunn und zurück“, eine Distanz von etwa 18 Kilometern in einer Zeit von 1 Stunde 12 Minuten absolvieren. Dies war Grundvoraussetzung um als herrschaftlicher Läufer zu gelten. Später wurde der Wettlauf jährlich am 1. Mai im Wiener Prater ausgetragen, die Strecke auf ca. 9 Kilometer reduziert und von Zuschauern als „Läufer-Hetz“ kopfschüttelnd bestaunt und belächelt. Der sportliche Aspekt spielte zu dieser Zeit keine Rolle, das Laufereignis war ein weiteres Spektakel im Prater. (ebd., S. 64f) In der Wiener Laufkultur spielten Sportwetten, wie sie in England, der „Heimat des Sports“ bereits Jahre zuvor in Mode gekommen waren, nur eine marginale Rolle. (ebd., S. 119)

Im 19. Jahrhundert wurden die Boten- und Berufsläufer wie Oettermann (1984, S. 77-90) schreibt „auf den freien Markt geworfen“, da man für ihre Dienstleistung aufgrund des aufstrebenden Post- und Kommunikationswesens keine Verwendung mehr sah. Ehemalige

Berufsläufer mussten sich umorientieren, wurden arbeitslos oder präsentierten ihre Fähigkeiten als „Kunstläufer“. Es wurden „Schauläufe“ gegen Eintrittsgelder gezeigt, in denen Läufer rückwärts ein Rennen bestritten, sich in voller Rüstung oder im Walzerschritt laufend fortbewegten, um das sensationsfordernde Publikum zu befriedigen.

2.1.6 Hundert Jahre im Schnelldurchlauf

Ab 1900 wurde der Sport in Deutschland mit den Worten: „Sportsleute in den Krieg!“ (Dahms, 2001, S. 39) propagiert. Dieser Artikel aus dem Jahr 1914 betonte die körperlichen und gesundheitlichen Vorteile der Sportler. Das Laufen und der Sport hatten mehr denn je den Zweck den Körper zu kräftigen und gesund zu halten, um harte Arbeit zu leisten oder dem Vaterland zu dienen.

Lauftreff – Volkslauf - Marathon

Der Laufsport fand seinen Einzug im Breitensport mit der Veranstaltung der ersten Volksläufe. Dieses breitensportliche Laufevent wird/wurde außerhalb der Stadien ausgetragen. Die Finnen und Schweden waren Vorreiter für dieses Spektakel. Der erste deutsche Volkslauf wurde 1963 von Otto Hosse, selbst ein begeisterter Läufer, veranstaltet und zählte 1652 Starter. (Fixx, 1986, S. 347) Eine weitere Entwicklung gab es 1974 mit dem ersten Lauftreff, welches von Enzo Busche und der deutschen Trimmbewegung ins Leben gerufen wurde. (Steffny, 1999, S. 142)

Die erste Marathonveranstaltung gab es in New York im Jahr 1970, hier starteten 127 Läufer/innen. Sechs Jahre später gründete Fred Lebow den New York Road Runners Club 1976 und im Zuge des 200-jährigen Unabhängigkeitsjubiläums der Vereinigten Staaten wurde ein Lauf durch die fünf Stadtteile New Yorks ausgetragen (ebd., S143f). Der erste Citymarathon Deutschlands fand 1981 in Frankfurt statt. London folgte mit einer schnellen Streckenführung im Jahr 1985. (Dahms, 2001, S. 54) Die Zahl der Starter/innen entwickelte sich rasant. Der New York Marathon 2011 zählte 46 795 Läufer/innen, die das Ziel erreichten (<http://www.runnersworld.de/marathon/new-york-am-groessten-frankfurt-am-schnellsten.253995.htm>). In London 2013 erreichten 34 278 Teilnehmer/innen die Ziellinie (<http://lrn.london-marathon.com/it-was-quite-amazing-day-says-brasher/>), der 40. Berlin Marathon wurde von 36 601 Personen erfolgreich bestritten (<http://www.bmw-berlin-marathon.com/news-und-media/news/2013/10/01/wilson-kipsang-und-florence-kiplagat-wollen-erneut-in-berlin-starten-ein-weiterer-rekord-36601-laeufer-im-ziel.html>). Die größte österreichische Marathonveranstaltung findet jährlich in Wien statt und zählte im April 2014

insgesamt 42 078 Marathon-, Halbmarathon und Staffelmaraathonanmeldungen sowie Coca Cola Run Starter/innen (<http://www.vienna-marathon.com/?url=news&newsDetail=1903>).



Abb. 1: Vienna City Marathon 2014 Start (<http://www.vienna-marathon.com/>)

2.2 Lauftraining (Hochedlinger)

Das Laufen ist wie bereits erwähnt, eine gleichmäßige und rhythmische Ausdauerbelastung. Die Ausdauer wird bei Hottenrott und Neumann (2008, S. 22) definiert als „eine konditionelle Fähigkeit, die eine belastungsadäquate Energieversorgung des Organismus sichert, ermüdungsbedingte Leistungs- oder Geschwindigkeitsabnahmen bei sportlichen Belastungen verzögert und Einfluss auf die Erholungsfähigkeit nimmt.“

Da diese konditionelle Fähigkeit in ihrer Erscheinungsform und Strukturierung sehr vielfältig ist, gibt es Unterscheidungskriterien, die das Verstehen erleichtern und trainingswissenschaftliche Herangehensweisen klären sollen.

1. Nach der Arbeitsweise der Skelettmuskulatur

(Statische Ausdauer und Dynamische Ausdauer)

2. Nach der vorrangigen Energiebereitstellung

(Aerobe Ausdauer und Anaerobe Ausdauer)

3. Nach dem Anteil der beanspruchten Muskulatur

(Allgemeine Ausdauer und Lokale Ausdauer)

4. Nach der Zeitdauer der Belastung

(Kurzzeitausdauer, Mittelzeitausdauer und Langzeitausdauer)

5. Nach den Wechselbezügen zu den konditionellen Fähigkeiten

(Kraftausdauer, Schnellkraftausdauer, Schnelligkeitsausdauer und Sprintausdauer)

6. Nach der Bedeutung für die sportartspezifische Leistungsfähigkeit

(Allgemeine Ausdauer und Spezielle Ausdauer)

7. Nach der Einteilung der Belastungsbereiche

(Grundlagenausdauer und Wettkampfausdauer)

Abb. 2: Unterscheidungskriterien der Erscheinungsformen und Strukturierung von Ausdauer (Hottenrott & Neumann, 2008, S. 23)

Im Folgenden wird Punkt 2, die Unterscheidung nach der vorrangigen Energiebereitstellung kurz besprochen. Es werden bei der Energiebereitstellung drei Hauptphasen und eine Startphase (kurzzeitig und höchstintensiv) unterschieden. Die Hauptphasen sind a) die aerobe Phase; b) die aerob-anaerobe Phase und c) die anaerobe Phase. (Hottenrott & Neumann, 2008, S. 23)

2.2.1 Aerober und Anaerober Energiestoffwechsel

Bei Ausdauerbelastungen werden Proteine, Kohlenhydrate und Fette abgebaut. Dieser Stoffwechselvorgang wird als Energiestoffwechsel bezeichnet und kann aerob oder anaerob erfolgen. Aerob bedeutet es ist genug Sauerstoff vorhanden, das heißt Sauerstoffverbrauch und Sauerstoffaufnahme sind ausgewogen. Bei einem anaeroben Energiestoffwechsel besteht ein Ungleichgewicht. Der anaerobe Energiestoffwechsel kommt zum Einsatz wenn

der/die Läufer/in das Lauftempo steigert und an die Grenzen seiner/ihrer aeroben Kapazität, das bedeutet der maximalen Sauerstoffaufnahme im Muskel, stößt. Hierbei beschränken die Enzyme des aeroben Energiestoffwechsels die Sauerstoffaufnahme in den Muskeln und das Laktat steigt auf über 2mmol/l. (Neumann & Hottenrott, 2002, S. 228-246)

Neumann und Hottenrott (2002, S. 157) zeigen auf, dass je nach Trainingsziel unterschiedliche Trainingsmethoden einzusetzen sind um eine Verbesserung der Ausdauerfähigkeit zu erreichen. Es werden die Dauermethoden, Intervallmethoden und die Wettkampfmethode unterschieden. In weiterer Folge interessiert lediglich eine spezifische Art der Dauermethode, daher wird auf die genauere Darstellung der Intervallmethoden und der Wettkampfmethode verzichtet.

2.2.2 Die Dauermethoden

Es werden vier Arten der Dauermethode unterschieden. Diese vier Arten lassen sich in zwei Gruppen unterteilen, die kontinuierlichen und die variablen Dauermethoden. Bei den kontinuierlichen Dauermethoden wird zwischen extensiver und intensiver Form unterschieden, und bei den variablen Dauermethoden gibt es die Tempowechselmethode und die Fahrtspielmethode. (ebd.)

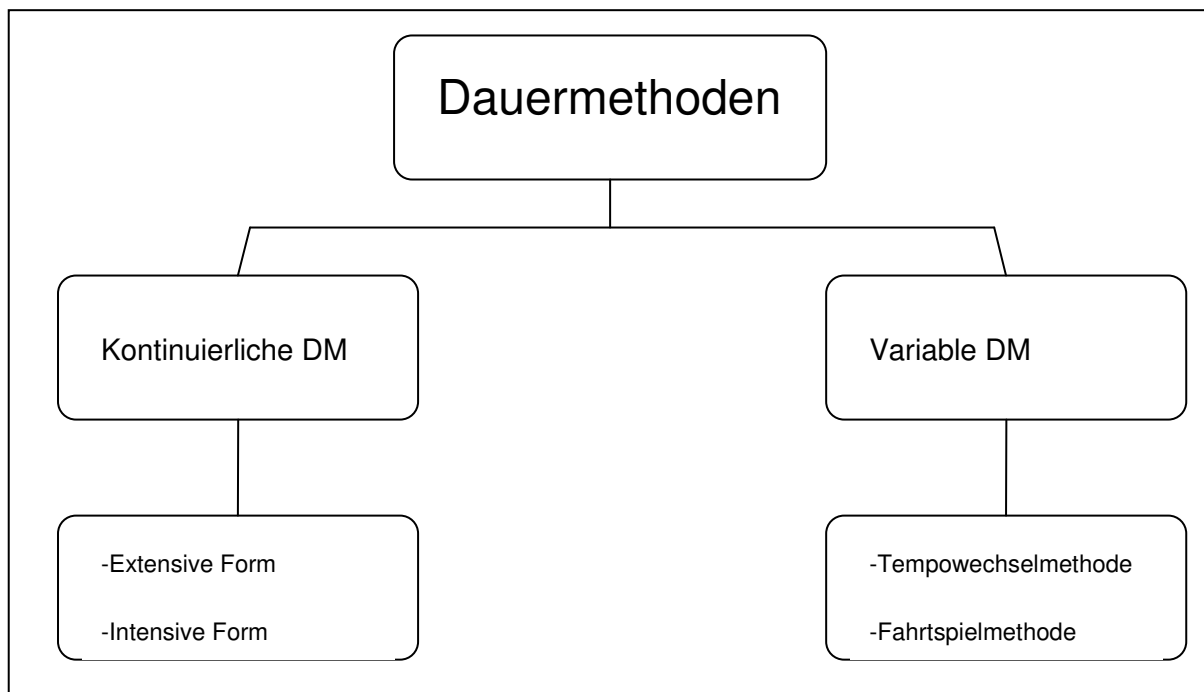


Abb. 3: Die vier Varianten der Dauermethoden (Hottenrott & Neumann, 2008, S. 110)

Hottenrott und Neumann (2008, S. 109f) schreiben, dass sich die Gruppe der kontinuierlichen Dauermethoden durch annähernd gleichförmig intensive und lange Ausdauerbelastungen ohne Pause kennzeichnen. Die extensive Dauermethode richtet sich

primär an die Herstellung und Verbesserung der Grundlagenausdauer sowie an die Beschleunigung der Regeneration nach hohen Belastungen. Das Training gestaltet sich in leichter bis mittlerer Intensität und in großem Umfang, von 30 Minuten bis zu mehrstündigen Belastungen. Mit der intensiven Dauermethode wird durch Training bei höherer Intensität, die Grundlagenausdauer auf die nächste Ebene gebracht.

Die Gruppe der variablen Dauermethoden kennzeichnet sich laut Hottenrott und Neumann (2008, S. 111f) durch die wiederkehrenden Tempowechsel. Bei der Tempowechselmethode, welche auch wechselhafte Dauermethode genannt wird, trainiert der/die Athlet/in in mehrmals wechselnden Intensitäten. Während einem Training wird demnach mehrmals zwischen aerober und anaerober Energiebereitstellung gewechselt. Die hohen Intensitäten werden im Gegensatz zur Intervallmethode über längere Zeit aufrecht gehalten und die Wechsel sind weniger häufig. Durch diese Art des Trainings soll eine höhere Leistungsfähigkeit bei hoher Intensität erreicht werden. Die Fahrtspielmethode lässt sich als „Spiel mit der Geschwindigkeit“ (Hottenrott & Neumann, 2008, S. 112) bezeichnen. Es wird auf unterschiedlichen Streckenlängen das Tempo gesteigert bzw. gesenkt.

Zur Orientierung für den/die Athlet/in und für eine optimale Steuerung der Intensität aller Arten der Dauermethode eignen sich Herzfrequenzmessungen mittels Pulsuhren. (Hottenrott & Neumann, 2008, S. 113)

Die Abgrenzung der unterschiedlichen Trainingsmethoden bzw. Lauftrainingsmethoden lässt nun eine für diese Arbeit notwendige Eingrenzung des Begriffes „Laufen“ zu. Wenn in weiterer Folge vom „Laufen“, „langsamen Laufen“, „aeroben Laufen“, etc. gesprochen wird ist das Laufen nach der aeroben Dauermethode gemeint.

2.3 Positive Effekte des Laufens (Hofer)

Laut Marlovits (2008, S. 115) weist man keiner Sportart solch eine bedeutende Einwirkungsmöglichkeit auf Körper, Geist und Seele zu wie dem Laufen. Durch das Laufen kann sich ein Mensch verändern, er beschreibt es als eine „radikale Metamorphose“ von Körper und Seele. Marlovits zitiert Hans Jürgensohn, der in der Laufzeitschrift *Spiridon* eine Zusammenfassung der Erwartungshaltungen an das Laufen vornimmt, indem er die Effekte des Laufens einem „Konglomerat von Physiologie und Psyche“ zuschreibt: „Laufen gibt Luft. Laufen fördert den Stoffwechsel. Laufen bringt den Kreislauf auf Trab. Laufen fordert heraus. Laufen verbindet. Laufen kennt keine Grenzen. Laufen erfrischt. Laufen macht fröhlich. Laufen macht den Geist frei. Laufen macht zufrieden. Laufen ist Leben.“ (ebd., 2008, S. 115)

Dem Laufen werden also zahlreiche positive körperliche und psychische Wirkungen zugeschrieben. Physische und psychische Vorgänge beeinflussen einander gegenseitig,

denn der menschliche Körper ist eine „psychophysische Einheit“ (Grell, 1999, in Weber, 1999, S.57). Befindet man sich in einem Zustand körperlichen Wohlbefindens, dann geht es der Psyche normalerweise auch gut. Folglich kann der psychische Zustand ebenso enormen Einfluss auf die körperliche Befindlichkeit nehmen. (Bartmann, 2009b, S. 15) In den folgenden zwei Kapiteln werden körperliche Auswirkungen sowie positive psychische Effekte des Laufens ausgeführt.

2.3.1 Wirkungen auf die Physis (Hochedlinger)

Die natürliche Polung des Menschen auf das Laufen, konnte bereits im Kapitel 2.1 *Was bisher geschah* geklärt werden. Der lebendige menschliche Körper zeichnet sich nach Steffny und Pramann (1998, S. 59) durch seine „Reizbarkeit“ aus, d.h. setzt man einen (Trainings)-Reiz reagiert der Körper mit „Erhaltung, Anpassung und Verbesserung von Funktionen und Strukturen“. Voraussetzung für diesen Vorgang ist die Einplanung von genügend Regenerationszeit. Die optimale Steuerung dieser Prozesse (Reizsetzung, Erholungsphase, Reizsetzung) sind Aufgabe und Herausforderung für Trainer/innen. Das Ziel der Trainer/innen ist die biologische Adaptation bzw. die Superkompensation. Dieser Trainingseffekt hat die Verbesserung der Leistung nach einer Ermüdungs- und Erholungsphase zur Folge und führt bei einem Trainingszuwachs zu einem Leistungszuwachs. (Steffny & Pramann, 1998, S. 59f)

2.3.1.1 Herz stärken

Beim Laufen wird das Herz mit Trainingsreizen konfrontiert, die es zu mehr Leistung bringen wollen. Durch ein regelmäßiges Lauftraining kann sich der Ruhepuls senken und das Blutvolumen/Schlag deutlich steigern. Das Herz arbeitet ökonomischer und schont die Strukturen. Beispiel: Der Ruhepuls wird um 20 Schläge/Minute gesenkt (von 80 auf 60). Somit vermindert sich die Schlagzahl um 1200 Schläge/Stunde, auf ein Jahr gerechnet wären dies rund 10,5 Millionen Schläge weniger. (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 17)

2.3.1.2 Volle Lungenkapazität nutzen

Laut Stoll und Ziemainz (2012, S. 18) hat das ausdauernde Training zwei bedeutsame Wirkungen auf die Lunge. Einerseits wird die Vitalkapazität erhöht, das bedeutet es wird mehr Luft mit einem Atemzug ausgeatmet und andererseits sinkt das Restvolumen, der nicht ausgeatmeten Luft. Diesen Effekt konnte bereits Bartmann 1989 in einer Studie mit 19

Schülern/innen der Krankenpflegeschule, die ein 12-wöchiges Lauftraining absolvierten, nachweisen. (Bartmann, 2009b, S. 18)

2.3.1.3 Weniger Gewicht auf der Waage

Beim Laufen verbrennt der Körper zirka 600 Kilokalorien pro Stunde. Abhängig ist der Kalorienverbrauch jedoch von der für die „Verbrennung“ zur Verfügung stehenden Sauerstoffmenge. Stoll und Ziemainz (2012, S. 18) sprechen dem „Nachbrenneffekt“ eine entscheidende Rolle zu und meinen damit, dass auch nach ausdauernder Belastung der Kalorienverbrauch auf erhöhtem Niveau bleibt und somit mehr Körperfett verbrannt werden kann. Durch das ausdauernde Laufen wird das Fettgewebe im Körper kontinuierlich abgebaut und stattdessen straffes Muskelgewebe aufgebaut. Ein anfänglicher Gewichtsverlust wird auf diese Weise zwar wieder umgekehrt, jedoch ist das neu entstandene Gewebe besser gespannt und beweglich. (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 18)

Eine angenehme Begleiterscheinung regelmäßigen Laufens ist die eigenständige Regulation des Stuhlgangs, was automatisch zu einem gesteigerten Wohlbefinden führt. (Bartmann, 2009b, S. 19f)

2.3.1.4 Weitere Anpassungsvorgänge im Körper

Nach Stoll und Ziemainz (2012, S. 19f) lassen sich durch regelmäßiges Laufen verschobene Cholesterinwerte korrigieren. Das LDL-Cholesterin wird gesenkt und das HDL-Cholesterin, dem eine Schutzwirkung zugesagt wird, steigt. Das Blutbild verbessert sich insofern, als mehr sauerstofftransportierendes Hämoglobin, rote Blutkörperchen und Blutplasma produziert wird. Die Hämoglobinwerte sind nach Steffny und Pramann (siehe Abb. XY: Körperliche Anpassung bei Ausdauertraining) bis zu 20 % höher als bei einer untrainierten Person. Die Autoren Stoll und Ziemainz sprechen dem Laufen angenehme Wirkungen bei Regelschmerzen, Kopfschmerzen, Krampfadern, Kreislaufproblemen und allgemeinen körperlichen Schmerzen zu. Weiters nimmt die Wahrscheinlichkeit einen Infekt zu erleiden ab.

Einige Anpassungsvorgänge durch Ausdauersport werden in der folgenden Abbildung zahlenmäßig bestärkt.

	normale, untrainierte Person	ausdauernde/r Sportler/in bis Leistungsläufer/in
Herzschlagvolumen (ml)	55-110	100-220
Ruhepuls (Schläge/min)	60-80	50-30
Maximale Sauerstoffaufnahme (ml/kg x min)	35-50	55-80
Gesamthämoglobin		20 % höher
Blutdruck in Ruhe (mmHg)	135/78	120/65
Lungenvitalkapazität (l)	5,8	6,2
Atemminutenvolumen (l/min)	120	240
Glykogendepot (g)	350	600
Körperfettanteil Männer	15-25 %	6-13 %
Körperfettanteil Frauen	23-30 %	12-20 %

Abb. 4: Körperliche Anpassung bei Ausdauertraining (Steffny & Pramann, 1998, S. 68)

Steffny und Pramann (1998, S. 68) bringen die entscheidenden Anpassungen, die im Körper eines/r Ausdauersportlers/in passieren, auf den Punkt. Sie sprechen davon, dass beinahe jedes Organ und alle Stoffwechselsysteme beeinflusst werden. Es werden die Cholesterinwerte und der Blutzuckerspiegel geregelt, die Elastizität der Gefäße und Beweglichkeit der Gelenke gewährleistet, sowie die Knochenstrukturen und das Immunsystem gestärkt.

2.3.2 Wirkungen auf die Psyche (Hofer)

2.3.2.1 Besser schlafen

Laut Bartmann (2009b, S. 31) ist erholsamer Schlaf eine grundlegende Voraussetzung für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit des Menschen. Schlaf ist ein „psychophysiologischer“ Prozess, das heißt, Körper und Psyche profitieren davon. Bekommt man aufgrund von Zeitmangel oder Schlafstörungen zu wenig Schlaf, wirkt sich dies nicht

nur negativ auf die körperliche sondern auch auf die geistige Leistungsfähigkeit aus. Dies äußert sich vor allem durch Gereiztheit, Konzentrationsmangel und geringe Belastbarkeit.

Regelmäßiges Ausdauertraining, also auch der langsamere Dauerlauf, stellt eine effektive Behandlungsmöglichkeit für Schlafstörungen dar. Zahlreiche wissenschaftliche Studien beweisen, dass regelmäßiges Laufen zum Abbau von Schlafstörungen führt. Zu erwähnen ist beispielsweise die Studie von Folkins, Lynch und Gardner aus dem Jahre 1972. Bei dieser Studie nahmen 21 Studenten und 21 Studentinnen zwei Mal wöchentlich für vier Monate an einem Laufprogramm teil. Eine andere Gruppe von 21 männlichen und 21 weiblichen Studenten besuchten in diesem Zeitraum einen Golfkurs und einen Bogenschießkurs. Anschließend wurden die Ergebnisse der beiden Gruppen miteinander verglichen und man kam zu dem Ergebnis, dass die Laufgruppe einen verbesserten Schlaf aufwies. Frauen zeigten höhere Effekte als Männer. (Bartmann, 2009b, S. 32)

Abschließend hält Bartmann (2009b, S. 33) fest, dass Laufen ein effektiver Weg zu erholsamen und natürlichem Schlaf ist.

2.3.2.2 Weniger Stress

Bartmann (2009b, S. 33) bezieht sich auf eine Umfrage aus dem Jahr 2005 der Internetseite medizin.de, bei der 42% aller Läufer/innen Stressabbau als zentrales Motiv für die Ausübung ihrer Sportart angaben. Weber (2000, S. 57) führt an, dass die Mehrheit der Menschen an einem Lauftherapiekurs teilnimmt, um einen neuen Weg kennen zu lernen effektiv Stress zu bewältigen.

Unser Organismus reagiert auf Stress mit zahlreichen körperlichen (z.B. Beschleunigung der Atmung) und psychischen (z.B. Erregung, Ärger) Symptomen. Diese Reaktionen entstehen, wenn eine Person eine Situation als „bedrohlich-beeinträchtigend-schädigend“ bewertet und dies sind normale biologische Körpervorgänge. Dauerhafte Stressbelastungen beeinträchtigen die körperlich-seelische Gesundheit und erhöhen das Risiko für zahlreiche Erkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen etc. (Tausch, 1999, S.184f)

Mit dem Begriff „Coping“ meint man die Stressbewältigung. Besitzt ein Mensch eine erfolgreiche Coping-Technik, dann kann ihm Stress nicht so schnell schaden. Laufen kann als eine Coping-Technik angesehen werden. Bartmann sieht Laufen als „muskuläre Antwort auf Stress“, denn durch die Bewegung können Spannungen abgebaut und das physiologische Gleichgewicht rasch wiederhergestellt werden. (Bartmann, 2009b, S. 33f)

Auch Tausch (1999, S. 181) ist der Meinung, dass regelmäßige Bewegung, wie Laufen oder schnelles Gehen, eine ausgezeichnete Möglichkeit zur Senkung von Stress und Prävention

von Stressbelastungen darstellt. Nach Hölter (2011, S. 62) wird die stressreduzierende Wirkung des Sports häufig als „Pufferwirkung“ bezeichnet. Man geht davon aus, dass sich eine schützende Wirkung ausbreitet ohne Bezugnahme auf die Ursache der Stressauslöser. Trotz unterschiedlicher Forschungsergebnisse kann man Bewegungsaktivitäten, also auch Laufen, die Möglichkeit zur Stressregulierung zuschreiben. Dies wird zum einen durch physiologische Effekte (z.B. Verringerung der Herzfrequenz) und zum anderen durch psychische Effekte (z.B. Ablenkung von zermürenden Gedanken) erklärt. (ebd., S. 62)

Bartmann (2009b, S. 35) nennt eine Studie von Long (1984) bei der sich herausgestellt hat, dass einfaches Laufen genau so effektiv wie *Stressimpfungsverfahren* (= Trainingsprogramme, die Menschen resistenter gegen Stress machen sollen) ist. Bei dieser Untersuchung wurden 48 Frauen und 25 Männer auf drei verschiedene Versuchsgruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe waren die Läufer/innen, die zweite Gruppe führte ein Stressimpfungsprogramm durch und die dritte diente als Kontrollgruppe. Die Reduktion der wahrgenommenen Stressbelastung war bei der Laufgruppe genauso hoch wie bei den Teilnehmer/innen des Stressimpfungsprogramms, während die Kontrollgruppe keine Verbesserung in der Stressbewältigung aufwies. Dieses Ergebnis kann durch weitere wissenschaftliche Studien wie die von Karg, 1981; Gillem, 1984 oder Berger 1984 unterstrichen werden.

Bartmann (2009b, S. 18) führte 1989 eine Studie mit 19 Krankenpflegeschüler/innen durch, die über zwölf Wochen zwei Mal wöchentlich ein Laufprogramm absolvierten. Eine ähnliche Gruppe von Krankenpflegeschülerinnen diente als Kontrollgruppe. Diese Untersuchung zeigte, dass das regelmäßige Lauftraining zu einer Senkung der Stressbelastung und einer Verbesserung der Coping-Fähigkeit führte. Verglichen mit der Kontrollgruppe kam es bei den laufenden Schüler/innen zu einer signifikanten Abnahme des Stresses und zu einer signifikanten Zunahme der Fähigkeit, mit Stress umzugehen. (Bartmann, 2009b, S.35)

Bartmann (2009b, S. 36) zieht den Schluss, dass Läufer/innen nicht so schnell auf Stressbelastungen reagieren und gegebenenfalls, besser damit umgehen können als Nichtläufer/innen.

2.3.2.3 Verbessertes Wohlbefinden

Rand (1986) stellte aufgrund seiner an Läufer/innen durchgeführten Studie fest, dass sich Menschen, die regelmäßig laufen, besser fühlen. Die Ergebnisse vieler Studien belegen, dass die stärkste Motivation zum Laufen aus dem Streben nach Wohlbefinden resultiert. Wohlbefinden meint nicht bloß das Fehlen von Krankheiten, sondern vielmehr einen Zustand körperlicher und geistiger Balance. (Bartmann, 2009b, S. 36)

Auch Weber's Ergebnis einer Befragung Ende der 70er Jahre spricht dafür, dass der Erhalt oder die Wiederherstellung der seelischen Balance das zentrale Motiv für Läufer/innen darstellt. Er beschreibt regelmäßiges Laufen als „eine Art Instrument zur Regulierung des seelischen Gleichgewichts“. Genauer gesagt geht es darum, dass der Mensch durch regelmäßiges Laufen die Möglichkeit hat sein psychisches Wohlbefinden durch seine eigens entwickelte Handlungskompetenz zu regulieren. (Weber, 2000, S. 55)

Marlovits (2008, S. 62) führte 100 Tiefeninterviews mit Läufer/innen durch, um die „psychologische Struktur des Laufens“ herauszuarbeiten. Aus der Analyse der Interviews leitete er seine zentrale These ab, nämlich dass Laufen „das Seelenleben in einer ganz spezifischen, seiner Wirkung entsprechenden Form“ umformt. Dieser Prozess der Umgestaltung vollzieht sich bei allen Menschen gleichermaßen. Bei jedem Lauf strebt der Mensch nach einer möglichst großen Umformung des Seelenlebens, denn je fortgeschrittener dieser Vorgang ist, desto stärker nimmt der/die Läufer/in die zum Wohlbefinden führende Wirkung des Laufens wahr. (ebd., 2008, S. 71)

Die Zunahme des Wohlbefindens durch Laufen ist unabhängig von Geschlecht und Alter. Mit der an Menschen über 55 Jahren durchgeführten Studie konnte Tonkon (1985) belegen, dass die laufenden Personen mit ihrem Leben zufriedener waren, als die inaktiven Gleichaltrigen. (Bartmann, 2009b, S. 39) Es sollte angemerkt werden, dass die Zunahme des Wohlbefindens nicht endlos ist. Daraus folgt, dass bei Menschen, die sich bereits wohlfühlen, der Nachweis der Verbesserung geringer sein wird, als bei Menschen, denen es an Wohlbefinden fehlt. (ebd., 2009b, S. 37)

2.3.2.4 Intelligenz und Kreativität fördern

Einige Studien beschäftigten sich mit der Frage, ob es möglich ist Intelligenz durch Laufen zu fördern. Bartmann (2009b, S. 40) nennt in diesem Zusammenhang die Ergebnisse von Young (1979). Diese belegen eine signifikante Zunahme der Intelligenz bei den Teilnehmer/innen eines zehn Wochen langen Sportprogramms mit dem Fokus Laufen. Zur Messung der Intelligenzleistung wurde auf gängige Intelligenztests aus der psychologischen Forschung zurückgegriffen. Gruber (1975) behauptet aufgrund seiner Literaturanalyse, dass Menschen, die sportlich trainiert sind über einen höheren Intelligenzquotienten verfügen, als unsportliche Menschen.

Größtenteils kann die Steigerung der Intelligenz durch die Konzentrationsfähigkeit erklärt werden, die nämlich durch konstantes Ausdauertraining zunimmt. Dies bestätigen Aussagen von den laufenden Krankenpflegeschüler/innen der bereits erwähnten Studie von Bartmann (1989), die anonym auf Karteikarten abgegeben werden konnten. Da hieß es beispielsweise:

„Kondition und Konzentration erhöht.“, „Nach dem Lauf fühle ich mich hellwach.“ oder „Bessere Konzentration.“. (Bartmann, 2009b, S. 40)

Die Verbesserung der Konzentrationsleistung konnte auch in einer aktuelleren Untersuchung von Karg, Bartmann und Fries (2009) belegt werden. Neun lernbehinderte Kinder aus der vierten Schulstufe besuchten ein achtwöchiges Lauftraining. Die Kontrollgruppe wies die gleiche Zusammensetzung wie die Laufgruppe auf. Nach den acht Wochen erzielten die laufenden Kinder beim Konzentrationstest (d2-Test) signifikant bessere Leistungen als die Kontrollgruppe, die nicht lief. (ebd., 2009b, S. 40f)

Die Intelligenzsteigerung bei Läufern kann nicht ausschließlich auf die Zunahme der Konzentrationsfähigkeit zurückgeführt werden. Bartmann (2009b, S. 41) bezieht sich in diesem Zusammenhang auf van Aaken (1984) der den physiologischen Zustand des Gehirns bei Läufer/innen für besser hielt, als den bei nicht sportlichen Menschen. Er schrieb das dem Umstand zu, dass sich in der Regel das Gewicht des menschlichen Gehirns mit dem Alter reduziert, ausgenommen davon sind Läufer/innen und die Personen, die in ihrem Leben sehr viel geistige Arbeit leisten.

Lehrl (1999, S. 214) äußert sich über die Dauer der geistigen Belastbarkeit von Sportler/innen. Er meint, dass die bessere körperliche Verfassung von sportlichen Menschen verglichen mit Sportabstinenten auch eine längere geistige Belastung nahelegt. Sportler/innen weisen eine größere Intensität geistiger Spitzenleistungen und eine höhere Konzentrationsfähigkeit auf, da die Beanspruchbarkeit des Herz-Kreislaufsystems mitverantwortlich für die Aufrechterhaltung der Konzentration ist.

Zusammenfassend soll festgehalten werden, dass regelmäßiges Laufen nicht nur die körperliche Fitness verbessert sondern auch die geistige Leistungsfähigkeit positiv beeinflusst. (Bartmann, 2009b, S. 42)

2.3.2.5 Selbstbewusstsein steigern

Das Selbstbewusstsein setzt sich aus dem Selbstbild, die Ansicht von der eigenen Person, und dem Selbstwertgefühl, die Wertung dieser Ansicht, zusammen. Das Selbstbewusstsein eines Menschen nimmt starken Einfluss auf seine Gefühlslage und seine Handlungstendenzen. (Bartmann, 2009b, S. 42)

Die Entwicklung eines positiven Körperbewusstseins kann maßgeblich durch Sport gefördert werden. Die Wahrnehmung der positiven Veränderungen durch regelmäßiges Laufen, wie beispielsweise die Zunahme der Muskelmasse und die Abnahme des Fettes, wirkt sich günstig auf die Selbstwahrnehmung von Läufer/innen aus. Stolz und Zufriedenheit über die eigenen Leistungen entstehen aus der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und

führen zu einer progressiven Stärkung des Selbstbewusstseins. Das neu gewonnene Selbstbewusstsein bezieht sich nicht nur auf das körperliche Selbstbild, denn die Erfahrung der Bewältigung einer sich anfänglich nicht zugetrauten Situation kann auf alle anderen Lebensbereiche und Situationen transferiert werden. (ebd., 2009b, S. 42)

Laut Bartmann (2009b, S. 42f) kann das höhere Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl von Läufer/innen im Vergleich zu nicht laufenden Personen durch viele wissenschaftliche Studien belegt werden. Er betont, dass „diese Merkmale durch das Laufen *bewirkt* werden“ (2009b, S. 43) und generell unabhängig vom Geschlecht oder Alter einer Person sind. Ähnlich wie bei der Zunahme des Wohlbefindens durch Laufen (vgl. 2.3.2.3 Mehr Wohlbefinden) gilt auch hier: je niedriger das Selbstwertgefühl vor Beginn des Laufens war, desto größer ist der Zuwachs. Manche Ergebnisse zeigen bei Frauen in Bezug auf das Selbstwertgefühl einen höheren Effekt durch das Laufen. Bartmann verweist auf einen bemerkenswerten Sachverhalt, der in einer Studie von Folkins, Lynch und Gardner (1972) entdeckt wurde. Die Teilnehmer/innen dieser Untersuchung konnten wählen zwischen Laufen und nicht ausdauersportlichen Aktivitäten (z.B. Bogenschießen). Interessanterweise wollten die selbstunsicheren Personen an dem Laufprogramm teilnehmen, als würden sie ahnen, was sie brauchen. In diesem Zusammenhang ist auch noch die Studie von Weber (1982) zu nennen, bei der sich herausstellte, dass das dritthäufigste Motiv zum Laufen das Streben nach Selbstbestätigung ist.

Menschen verfügen nicht nur über das Selbstbild, sondern auch über ein Idealbild, das ist die Wunschvorstellung von der eigenen Person. Aus einer großen Differenz zwischen Selbst- und Idealbild resultiert Unzufriedenheit, der nur durch eine Angleichung der beiden Bilder entgegengewirkt werden kann. Horne (1984) stellte fest, dass Laufen ein effektiver Weg zur Annäherung von Selbst- und Idealbild ist. (Bartmann, 2009b, S. 43)

2.3.2.6 Angst reduzieren

Bartmann (2009b, S. 44) führt an, dass die Angstminderung mit Hilfe von Laufen durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse belegt werden kann. Bei Frauen ist der Nachweis der Angstreduktion in der Regel stärker als bei Männern, was zum Teil durch die grundlegend höheren Ausgangswerte der Angst bei Frauen erklärt werden kann. Bartmann verweist in diesem Zusammenhang auf seine bereits erwähnte Studie (Bartmann 1989) mit Krankenpflegeschüler/innen, wo die Reduzierung der Angst bei den Läuferinnen ebenfalls höher war als bei den Läufern, trotzdem nahm bei der gesamten Gruppe die Angst signifikant ab. Obwohl die an der Studie teilnehmenden Schüler/innen kurz vor ihrem Staatsexamen standen, konnte durch das regelmäßige Laufen die Angst reduziert werden,

während bei der nicht laufenden Kontrollgruppe die Angstwerte deutlich stiegen. Ein Umstand der eindeutig für die therapeutische Wirkung des Laufens spricht.

Ein interessantes Ergebnis lieferte die Studie von Weber (1984) in einer Suchtklinik. Bei dieser Untersuchung gab es eine Laufgruppe und eine nicht laufende Kontrollgruppe. Die Zuordnung der teilnehmenden Patienten zu den beiden Gruppen erfolgte nach dem Prinzip der Randomisierung. Nach Beendigung des viermonatigen Lauftrainings konnte bei der Laufgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe eine signifikant höhere Angstreduzierung festgestellt werden. Dieses Ergebnis konnte nur dem Laufen zugeschrieben werden, da das restliche Therapieprogramm der beiden Gruppen keinen Unterschied aufwies. (Bartmann, 2009b, S. 45)

Bartmann (2009b, S. 46) weist auf eine von Reule (2000) durchgeführte Analyse von 30 Arbeiten hin, die sich mit der angstreduzierenden Wirkung des Laufens beschäftigt und durch die alle bereits vorgestellten Ergebnisse unterstützt werden können.

Abschließend merkt Bartmann (2009b, S. 46) an, dass sich der Effekt der Angstreduzierung durch Laufen auf eine bei fast allen Menschen existierende Ängstlichkeit bezieht und nicht auf Angstneurosen. Im Bereich der Bekämpfung der Angst durch Laufen von Personen mit klinisch relevanten Angstneurosen sind keine kontrollierten Studien vorhanden und es besteht noch Forschungsbedarf.

2.3.2.7 Depressionen senken

Die Depression zählt zu den meist verbreiteten psychischen Krankheiten. Laufen kann eine positive Wirkung auf Menschen mit Depressionen haben, da diese sich durch Untätigkeit auszeichnen. (Bartmann, 2009b, S. 46) Depressive Menschen befinden sich laut Marlovits (2008, S. 127) in einem „Zustand der Starre“, der zu einer „selbstzerstörerischen Stagnation“ führt. Das Laufen, ausgezeichnet durch „ein Heraustreten, ein Eröffnen von Beweglichkeit und Freiräumen“, bildet den genauen Gegensatz, Marlovits nennt es Gegenbild, zu dem lethargischen Zustand des depressiven Menschen. Beschließt ein Mensch mit Depression laufen zu gehen, so kann dies als Entscheidung für die „Gegenverfassung“ gedeutet werden. Bartmann (2009b, S. 46) sieht im Laufen, als wohl dosierte Aktivität, eine wichtige Möglichkeit für depressive Menschen Erfolgserlebnisse zu sammeln und Freude am Leben (wieder) zu gewinnen.

Studien über den Einsatz und die Wirksamkeit des Laufens bei Depressionen werden im Kapitel 3.5.1 *Lauftherapie bei Depressionen* genannt.

2.3.3 Erklärungsansätze – Wirkungen auf die Psyche (Hofer)

Im vorigen Kapitel wurden die positiven Effekte des Laufens auf die menschliche Psyche ausführlich abgehandelt. Im Folgenden werden einige Erklärungsmodelle vorgestellt, zwei aktuell gültige Theorien herausgearbeitet und abschließend der verhaltenstherapeutische Ansatz nach Bartmann (2009b) dargestellt.

2.3.3.1 Einige Erklärungsmodelle

Die folgenden Ausführungen stammen aus Stoll und Ziemainz (2012, S. 22f), die den aktuellen Forschungsstand der Erklärungsmodelle für die Wirkungen des Laufens auf psychische Parameter darstellen.

Schwenkmezger (1993), unterscheidet neun verschiedene Modelle, die mögliche Erklärungen für die Wirkungen sportlicher Aktivität auf die Psyche liefern, dabei differenziert er physiologische, psychologische und Mischmodelle.

Das Diagramm zeigt die Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger (1993) in einer hierarchischen Struktur. Es ist in drei Hauptkategorien unterteilt: Physiologische Modelle, Psychologische Erklärungsmodelle und Mischmodelle. Jede Kategorie enthält eine Liste von spezifischen Hypothesen. Ein Textblock unter der physiologischen Kategorie erklärt, dass sowohl die Katecholamin- als auch die Endorphinhypothese zu den sportspezifischen Modellen gehören, da sie vom Vorliegen körperlicher Aktivität ausgehen.

Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger (1993)

- **Physiologische Modelle:**
 - Thermoregulationshypothese (bzw. das sog. physiologische Aktivierungsmodell)
 - Katecholaminhypothese
 - Endorphinhypothese

Sowohl Katecholamin- als auch Endorphinhypothese zählt er zu den sportspezifischen Modellen, da der dort beschriebene Wirkmechanismus zwingend vom Vorliegen körperlicher Aktivität ausgeht.
- **Psychologische Erklärungsmodelle:**
 - Selbstwirksamkeitshypothese
 - Ablenkungshypothese (allgemein)
 - Wirksamkeit meditativer Bewusstseinszustände (sport-spezifisch)
- **Mischmodelle:**
 - Kumulationsmodell (Kumulation verschiedener, vorher beschriebener Effekte)
 - Wirksamkeit unspezifischer Begleitumstände (Placebo)
 - Sog. zweidimensionales Aktivierungsmodell

Abb. 5: Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 22)

Die einzelnen Erklärungsmodelle werden lediglich kurz vorgestellt, da es sich nur um Hypothesen handelt, deren Sichtweise sich in der aktuellen Forschung gewandelt hat. Einige Erklärungsansätze wurden außerdem bereits empirisch widerlegt.

Der Ausgangspunkt aller physiologischen Modelle für das Zustandekommen des Wohlbefindens, auch „Runner's High“ genannt, sind diverse physiologische Vorgänge. Die Thermoregulationshypothese postuliert, dass aufgrund von physischer Anstrengung periphere Organe vermehrt durchblutet werden und die Körpertemperatur ansteigt, was zu Entspannung und Wohlbefinden führt.

Die Katecholamin- und Endorphinhypothese ähneln einander insofern, als dass sie eine Erhöhung von Katecholaminen oder eben Endorphinen aufgrund sportlicher Belastung annehmen. Durch die Stoffwechselprodukte von Katecholamin (z.B. Dopamin) und Beta-Endorphin solle es im limbischen System zur Aufhebung negativer Stimmungen kommen.

Die Selbstwirksamkeitshypothese gründet auf den Ideen von Bandura und geht davon aus, dass Individuen durch sportliche Betätigung subjektive Kontrollerfahrungen machen können, die zu einem verbesserten Gefühlszustand verhelfen.

Die Ablenkungshypothese, wie der Name schon verspricht, nimmt an, dass Menschen sich während des Sporttreibens vom Alltagsstress ablenken. Diese und die Hypothese der Wirksamkeit meditativer Bewusstseinszustände werden zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufgegriffen.

Das Kumulationsmodell basiert auf der Annahme, dass das Zusammenspiel aller bereits vorgestellten Prozesse eine Verbesserung des Wohlbefindens entstehen lassen. Bei der Hypothese der Wirksamkeit unspezifischer Begleitumstände wird die positive Veränderung im Wohlbefinden nicht der sportlichen Betätigung zugeschrieben, sondern eben den Begleitumständen wie beispielsweise eine freundliche Trainerin.

Viele dieser Hypothesen wurden in den letzten 13 Jahren geprüft und neue Theorien sind entstanden. Aktuell gibt es laut Stoll und Ziemainz (2012, S. 23f) nur mehr zwei tragfähige Theorien, die Ideen von den genannten Hypothesen aufgriffen, nämlich die Transiente Hypofrontalitätshypothese und die Endocannabinoid-Hypothese.

2.3.3.2 Transiente Hypofrontalitätshypothese und Endocannabinoid-Hypothese

Die Erläuterungen der beiden Hypothesen beziehen sich auf Stoll und Ziemainz (2012, S. 24-28).

Die Transiente Hypofrontalitätshypothese (THH) liefert eine neuartige, komplexe Sicht auf den Effekt der kurzfristigen Veränderung des Wohlbefindens durch Sport bzw. auf die Veränderungen der Bewusstseinszustände. Um zu erklären wovon überhaupt die Rede ist zitieren Stoll und Ziemainz (2012, S. 24) Pargman und Baker (1980, S. 342), sie schildern diese Empfindung als „euphoric sensation, experienced during running, usually unexpected, in which the runner feels a heightened sense of well-being, enhanced appreciation of nature, and transcendence of barriers of time and space“. Wie kann eine simple Tätigkeit wie das Laufen diese Art von Erfahrung, die als „Runner's High“ bekannt ist, entstehen lassen? Die bekannteste Erklärung, die sich hartnäckig hält, liefert die bereits erwähnte Endorphinhypothese, die den euphorischen Zustand mit dem Anstieg des Neurotransmitters Beta-Endorphin während des Sporttreibens begründet. Diese Theorie wird jedoch aktuell als nicht mehr gültig angesehen (Dietrich & McDaniel, 2004; Stoll, 1997; Stoll & Stoll, 1996).

Die THH kann eine Erklärung für die erwähnten Effekte des Wohlbefindens liefern. Studien belegen (Sokoloff, 1992; Vissing et al., 1996), dass die Aktivität der motorischen, sensorischen und autonomen Hirnareale während des Sporttreibens stark erhöht ist. Die weit verbreitete Annahme, dass das Gehirn während sportlicher Betätigung besser mit Sauerstoff versorgt wird ist nicht gültig (Ide & Secher, 2000). Die THH geht von einer „Herunterregulierung des präfrontalen Kortex“ (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 26) durch körperliche Aktivität aus (das Gehirn ist mit der Aktivierung der für die Bewegung notwendigen Muskelmassen beschäftigt), was zu einer verminderten Tätigkeit der höheren, kognitiven Zentren, die durch den präfrontalen Kortex reguliert werden, führt. Dadurch kann Großteils der bereits geschilderte euphorische Zustand des Runner's Highs begründet werden: „Schmerzlinderung, der Verlust der Wahrnehmung von Zeit und Raum, fließende Aufmerksamkeit, und ein Gefühl von Enthemmtheit“ (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 26). Diese Anzeichen deuten auf eine verminderte Arbeitsleistung des präfrontalen Kortex hin. Daraus folgernd konnte bewiesen werden (Dietrich & Sparlin, 2004), dass mentale Prozesse, die hauptsächlich im präfrontalen Kortex vollzogen werden, z.B. Funktionen des Arbeitsgedächtnisses, bewusste Verarbeitung von Informationen und die Regulierung der Aufmerksamkeit während der Durchführung ausdauernder, sportlicher Tätigkeit nur begrenzt oder gar nicht mehr stattfinden. An dieser Stelle kann die Verknüpfung zu der bereits genannten Ablenkungshypothese und der Hypothese der Wirksamkeit meditativer Bewusstseinszustände hergestellt werden. Um es noch einmal auf den Punkt zu bringen:

wenn wir Sport treiben wird der präfrontale Kortex des Gehirns herunter reguliert, dies führt zu einer Abnahme bewusster, kognitiver Aktivitäten, wie sie beim „Grübeln“ und Lösen von Problemen auftreten (→ Ablenkungshypothese), und zum Verlust der Wahrnehmung von Raum und Zeit sowie zu einem Gefühlszustand einer fließenden Aktivität ohne bewusste Wahrnehmung der Anstrengung (→ Meditative Bewusstseinszustände).

Die Endocannabinoid-Hypothese ist die zweite aktuelle Theorie, die eine Aktivierung des Endocannabinoid-Systems, dazu zählen die Cannabinoid-Rezeptoren CB1 und CB2, durch sportliche Betätigung postuliert. CB1-Rezeptoren befinden sich vor allem in Bereichen des Gehirns, die eine Rolle bei der Bewegungskoordination, bei der Verarbeitung von Schmerzen und sinnlichen Wahrnehmungen und bei Prozessen des Gedächtnisses spielen. Russo (2004) gelang es nachzuweisen, dass es durch das in Gang bringen des Endocannabinoid-Systems zu einer Verstärkung persönlicher Erfahrungen, zur Abnahme des Schmerzempfindens und der Zustandsangst, zu einem Verlieren von Raum- und Zeitwahrnehmung, zur Zunahme des Wohlbefindens und zu einem „Zustand der ruhigen Introspektion“ (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 25) kommt. Diese Wirkungen sind mit denen von Marihuana vergleichbar, die Wirkdauer von wenigen Minuten ist allerdings deutlich kürzer. Abschließend weisen Stoll und Ziemainz (2012, S. 25) darauf hin, dass so ein vielschichtiges Erleben wohl kaum ausschließlich durch die Aktivierung des Endocannabinoid-Systems erklärt werden kann, sondern vielmehr von einer Vielzahl von Veränderungen in diversen Neurotransmitter-Systemen während des Laufens auszugehen ist.

2.3.3.3 Verhaltenstherapeutischer Erklärungsansatz

Bartmann (2009b, S. 69-76) erklärt die positiven Effekte des Laufens auf die Psyche durch den von ihm postulierten Zusammenhang zwischen einzelnen Verhaltensweisen von Läufer/innen und verhaltenstherapeutischen Wirkungen. Das bedeutet, er ordnet jedem konkreten Verhalten von Laufanfänger/innen ein Prinzip der Verhaltenstherapie zu. In Abbildung 6 werden die von ihm hergestellten Verbindungen zwischen dem Laufen und der Verhaltenstherapie veranschaulicht.

Konkretes Verhalten	Prinzip der Verhaltensmodifikation
Sehen von Vorbildern	<i>Imitationslernen</i>
Entschluss zu laufen	<i>kognitive Umstrukturierung</i>
Verabreden, Lauftreff suchen	<i>Selbstkontrolle</i>
Mit zunehmendem Laufpensum Versagensangst verlieren	<i>systematische Desensibilisierung</i>
Mut, bisher gemiedene Probleme anzugehen	<i>Generalisierung des Angstabbaus</i>
Bewunderung von Mitmenschen	<i>extrinsische Verstärkung</i>
Beendigung belastender Gedanken	<i>Gedankenstopp</i>
Wohlbefinden, Stolz auf eigene Leistung	<i>intrinsische Verstärkung</i>
verbesserte Körperwahrnehmung	<i>Biofeedback</i>
Akzeptanz der eigenen Leistung	<i>Abbau von Fehlattribuierungen</i>
körperliche Ausgeglichenheit nach dem Laufen	<i>Entspannungsprinzipien</i>
verbesserte Genussfähigkeit	<i>euthyme Behandlungsstrategie</i>

Abb. 6: Zusammenhang zwischen Verhalten von Läufer/innen und verhaltenstherapeutischen Wirkmechanismen (Bartmann, 2009b, S. 75)

Zunächst soll der Begriff der Verhaltenstherapie kurz erläutert werden. Im Anschluss daran werden die einzelnen Punkte der Übersicht in Anlehnung an Bartmann (2009b, S. 69-76) erklärt.

Bartmann (2009b, S. 69) beschreibt die Verhaltenstherapie als eine „wissenschaftlich belegte, effektive psychotherapeutische Methode zur Behandlung körperlicher (z.B. Bluthochdruck) oder seelischer (z.B. Angst) Störungen“. Im Mittelpunkt der Therapie stehen das gegenwärtige „Denken, Fühlen“ und „Handeln“ des/r Patienten/in sowie organische Reaktionen. Die Verhaltenstherapie orientiert sich an Forschungserträgen der zeitgemäßen Psychologie, speziell der „Lern-, Sozial- und experimentellen Psychologie“.

Bartmann entdeckte bei der Ausübung des Laufens viele wissenschaftlich belegte verhaltenstherapeutische Aspekte. Um seine Überlegungen nachvollziehbar darzulegen beschreibt er zunächst was passiert, wenn eine nicht laufende Person zum/r Läufer/in wird. Am Anfang steht die bewusste Entscheidung der Person mit dem Laufen zu beginnen, um dem Körper oder der Seele etwas Gutes zu tun. Die Person handelt eigenverantwortlich und

erlangt Handlungskompetenz für die eigene Gesundheit. Die Person erkennt und akzeptiert, dass er/sie aktiv das körperliche und seelische Wohl durch das eigene Verhalten beeinflussen kann. In diesem Schritt kam es zur Veränderung oder Umstrukturierung des Denkens, der Kognitionen. In der Verhaltenstherapie wird dieser Vorgang *kognitive Umstrukturierung* genannt. Die Person gibt die Rolle des passiven Objekts auf und verwandelt sich durch die Umstrukturierung im Denken zu einem Subjekt, das sich durch Eigenverantwortung, Autonomie und Handlungskompetenz auszeichnet.

Der nächste Schritt muss die Realisierung der Entscheidung fürs Laufen sein, dabei sind Vorbilder, das können Freunde, Bekannte oder berühmte Sportler/innen sein, sehr hilfreich. Beginnt jemand aufgrund eines Vorbildes mit dem Laufen, so ist dies auf das Prinzip des *Imitationslernens* zurückzuführen, das gelegentlich in der Verhaltenstherapie angewandt wird.

Trotz der getroffenen Entscheidung für das Laufen, ist dies nicht immer einfach zu realisieren. Deshalb empfiehlt Bartmann festgelegte Termine zum Laufen mit anderen Läufer/innen zu vereinbaren. So beraubt man sich der Möglichkeit sich zu drücken. In der Verhaltenstherapie sind solche Strategien von großer Bedeutung und werden *Eigensteuerungstechniken* oder *Selbstkontrolle* genannt.

Laufanfänger/innen plagen immer wieder Versagensängste. Um diese abzubauen oder erst gar nicht entstehen zu lassen, muss man seine Ansprüche an die eigenen Fähigkeiten anpassen und ehrgeiziges Leistungsstreben abstellen. Wählt man das Laufprogramm stets so, dass man es mit Anstrengung gut absolvieren kann, besteht nicht die Gefahr zu versagen. Macht ein/e Laufanfänger/in die Erfahrung das Laufpensum, und seien es zu Beginn nur wenige Minuten, immer zu erreichen, nimmt die Ängstlichkeit ab und verschwindet irgendwann ganz. Die vorsichtige Konfrontation und schrittweise Überwindung dieser Ängste, bezeichnet man in der Verhaltenstherapie *Desensibilisierung*. Diese stellt eine sehr effektive Maßnahme dar.

Die Einsicht, dass die anfängliche Laufangst ohne Grund war, kann sich auch positiv auf andere Lebensbereiche auswirken. Betroffene Personen wagen es nun sich mit bisher vermiedenen Problemen auseinanderzusetzen, ein Phänomen das in der Fachsprache *Generalisierungseffekt* genannt wird.

Die Wahl eines der Leistungsfähigkeit des/r Laufanfänger/in entsprechenden Laufprogramms sorgt nach Bartmann (2009, S. 72) für ein „vorprogrammiertes Erfolgserlebnis“, das als Belohnung für die verrichtete Anstrengung dient. Nahezu all unser aufrecht erhaltenes Handeln wird durch Belohnungen unterstützt. Dieses Prinzip kennt man in der Verhaltenstherapie als *operante Verstärkung*. Die Belohnung kann als *intrinsische* und/oder *extrinsische Verstärkung* erfahren werden.

Mit zunehmender Lauferfahrung benötigt der Bewegungsablauf nicht mehr die gesamte Aufmerksamkeit der Person und diese kann bewusst bestimmte Gedanken verfolgen oder einfach nur die Landschaft bzw. Umgebung genießen, für unangenehme Gedanken ist kein Platz mehr. Bartmann meint, dass zu diesem Zeitpunkt langsam eine Art „meditatives Laufen“ (ebd., S.72) entsteht. Er stellt wieder eine Verbindung zur Verhaltenstherapie her und vergleicht es mit dem Prinzip des *Gedankenstopps*, wodurch Alltagsstress reduziert wird und Wohlbefinden zunehmen kann.

Durch regelmäßiges Laufen werden das Gefühl für und die Wahrnehmung des eigenen Körpers verbessert. Buffone, ein Laufforscher, stellte bereits 1984 fest, dass Läufer/innen aufgrund der bewussten Wahrnehmung ihrer körperlichen Empfindungen während des Laufens teilweise Fähigkeiten entwickeln, die mithilfe sogenannter *Biofeedback-Verfahren* in der Verhaltenstherapie hergestellt werden sollen. Biofeedback-Verfahren können Menschen beispielsweise dabei helfen zu lernen sich zu entspannen, indem sie z.B. über die Veränderung der Höhe oder Tiefe eines Tons über den Zustand ihrer Entspannung informiert werden und somit eine biologische Rückmeldung erhalten. Ein vergleichbares Gefühl entsteht bei Läufer/innen, denn sie lernen durch das regelmäßige Laufen ihre Körperempfindungen einzuschätzen und zu deuten, so wissen sie, ohne technisches Hilfsmittel, wie viel sie sich zumuten können und wann sie überfordert sind. Sie entwickeln die Fähigkeit ihren Körper wahrzunehmen.

Bartmann sieht in der erbrachten Laufleistung große therapeutische Wichtigkeit. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Menschen mit Depressionen zu sogenannten *Fehlattribuierungen* neigen, das heißt sie machen andere Personen oder äußere Faktoren für erfolgreiches Handeln verantwortlich und führen ein Versagen auf die eigene Person zurück. Durch das Laufen kann diese Fehlattribuierung nonverbal verändert werden, denn die eigens absolvierte Laufleistung kann weder anderen Menschen noch äußeren Bedingungen zugeschrieben werden. Deshalb wird auch eine depressive Person erkennen, dass ein Lauf ihre „ureigenste Leistung“ (ebd., S. 73) ist. Auf diesen Vorgang führt Bartmann den depressionssenkenden Effekt des Laufens zurück.

In der Verhaltenstherapie kommen oft diverse *Entspannungsverfahren* z.B. die Methode der Progressiven Muskelentspannung zum Einsatz, um tiefe Entspannung in der Muskulatur zu erreichen. Diese Wirkung kann auch durch das Laufen erzielt werden. Bartmann sieht im Laufen eine Art Entspannungsverfahren, wodurch Ruhe und Gelassenheit zunehmen und das allgemeine Niveau der Anspannung oder Erregung abnimmt.

Zuletzt ist noch die gesteigerte Genussfähigkeit, die durch das Laufen erlernt wird, zu nennen. Menschen die Laufen haben einen Weg entdeckt sich etwas Gutes zu tun, etwas das Patient/innen in sogenannten *euthymen Behandlungsstrategien* näher gebracht wird, nämlich Genussfähigkeit zu entwickeln.

2.4 Laufsucht (Hofer)

Marlovits (2008, S. 115-117) beschäftigt sich mit dem weit verbreiteten Phänomen der Laufsucht. Er führt an, dass sich vermutlich jeder Mensch, der regelmäßig läuft, in gewisser Weise abhängig von seiner Sportart fühlt. Kann man ein paar Tage hintereinander nicht trainieren, ist man unzufrieden, unausgeglichen und gereizt. Es stellt sich die Frage, ob in diesem Zusammenhang von einer Abhängigkeit bzw. Sucht gesprochen werden kann. Rümmele (1987) führte eine Untersuchung mit 60 Marathonläufern durch bei der sich herausstellte, dass sich jeder zweite der Befragten für laufsüchtig hielt. Vier der Läufer waren der Meinung, dass sie sich umbringen würden, wenn sie aus irgendeinem Grund das Laufen aufgeben müssten. Außerdem sprachen die Befragten von starken Entzugserscheinungen, wie „Aggressionen, Gereiztheit oder Unruhe“ (Marlovits; 2008, S. 117), die sich äußerten, wenn sie nicht laufen konnten. Es gibt sogar einen bestürzenden Fall, wo ein Läufer mit Herzklappenfehler nicht auf die Empfehlungen der Ärzte hörte und bei einem Wettkampf starb. Laufen bringt also nicht nur Heilsames, sondern kann in gewisser Weise abhängig oder süchtig machen. Je ausgeprägter die Laufsucht, umso wahrscheinlicher „sind damit körperliche Schmerzen, Verschleißerscheinungen, soziale Isolation, eine Gefährdung der beruflichen Sicherstellung verbunden“ (ebd., S. 116). Auch Kleinmann (1996, S. 260) ist der Meinung, dass man vermutlich von einer Laufsucht ausgehen kann, wenn die Priorität des Laufens deutlich höher ist, als die der Familie, der Gesundheit oder des Berufs, nicht aber allein aufgrund der Gegebenheit, dass jemand jeden Tag läuft.

Befasst man sich mit dem Suchtbegriff, so findet man drei Bedingungen, welche gegeben sein müssen, um von einer Sucht ausgehen zu können:

1. „Übermächtiger Wunsch nach Beschaffung des Suchtmittels
2. Tendenz zur Dosissteigerung, wenn man das Suchtmittel einnimmt
3. Entziehungssyndrom nach plötzlichem Absetzen des Suchtmittels.“

(Kleinmann, 1996, S. 261)

Bartmann (2009b, S. 50-54) setzt sich sehr kritisch mit dem Thema der Laufsucht und der leichtfertigen Verwendung des Begriffes auseinander. Natürlich gibt es Läufer/innen, die danach streben stets mehr und weiter zu laufen. Diese Tatsache könnte man auf das Merkmal der Dosissteigerung bei einer Sucht zurückführen. Wenn Läufer/innen von diversen Symptomen berichten, die auftreten, wenn sie nicht laufen, will Bartmann in diesem Zusammenhang aber nicht gleich von Entzugserscheinungen, wie sie bei einer Sucht auftreten, sprechen. Hat man einmal eine alkoholabhängige Person im Entzug beobachtet, wird man bei Läufer/innen nicht mehr so schnell von Sucht sprechen. Er sieht es als logische Konsequenz, dass sich die Stimmung verschlechtert, wenn man den Dingen, die uns gut tun, in diesem Fall das Laufen, nicht nachgehen kann. In Bezug auf das erste Merkmal einer Sucht, dem „übermächtige[n] Wunsch nach Beschaffung des Suchtmittels“, Bartmann nennt es ein „Nicht-mehr-aufhören-Können“, stimmt er zu, dass es einige Läufer/innen gibt, die mit diesem Problem konfrontiert sind. Er bezieht sich auf den Sportwissenschaftler Morgan, der bereits 1979 darauf aufmerksam machte, dass einige Läufer/innen die Warnsignale ignorieren und beispielsweise trotz Schmerzen und unter Medikamenteneinfluss laufen. Laut Morgan zählen Läufer/innen die ca. 160 km wöchentlich laufen zu dieser Gruppe von Menschen. Bartmann stimmt zu, dass man in Fällen, wo man „Raubbau an seinem Körper“ (ebd., S. 52) betreibt, in den Bereich einer Sucht kommt. In diesem Zusammenhang übt Bartmann heftige Kritik an einer Aussage von Steffny und Pramann die schreiben, dass Laufsucht „harmlos“ sei, denn „schließlich schädigt man weder sich selbst noch andere“ (Steffny & Pramann, 2000, S.23). Bartmann (2009b, S. 52) identifiziert diese Behauptungen als „verantwortungslos, leichtfertig und gefährlich“.

Marlovits (2008, S. 120) kommt zu dem Schluss, es sei irrelevant die Frage, ob Laufen eine Sucht sei, zu beantworten. Süchtige Personen würden sich trotz eines Verbots kaum vom Laufen abhalten lassen. Fest steht, dass durch regelmäßiges Laufen über einen langen Zeitraum ein Verlangen nach mehr entsteht. Kann man nicht laufen, obwohl man den Wunsch danach hat, fühlt man sich unzufrieden und unrund.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Thematik der Laufsucht kontrovers diskutiert wird. In extremen Fällen kann man wohl von einer Laufsucht ausgehen, jedoch sollte das Adjektiv „laufsüchtig“ mit großem Bedacht eingesetzt und nicht leichtfertig einer Person zugeschrieben werden.

3 Laufen als Therapie

Im folgenden Kapitel wird die Thematik des Laufens als Therapie erarbeitet. Zu Beginn werden Begrifflichkeiten geklärt und es wird über die Bedeutung von Körper, Leib und Bewegung gesprochen. Im Anschluss werden unterschiedliche Formen der (Bewegungs)-Therapie kurz vorgestellt um dann im Detail auf die Lauftherapie und ihre Einsatzmöglichkeiten eingehen zu können. In diesem Zusammenhang wird das Paderborner Modell von Weber als eine exemplarische Methode vorgestellt. Abschließend folgt ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Lauftherapie.

3.1 Was ist eine Therapie (Hochedlinger)

Begrifflich stammt das Wort *Therapie* aus dem Griechischen „therapeuein“ und kann aus zwei Gesichtspunkten betrachtet werden. Zum einen lässt es sich als Heilen und Behandeln, zum anderen als Erziehen und Pflegen beschreiben. Die Therapie ist somit zwei Gebieten zuzuordnen, der Heilkunst und der Gesundheitspflege. (Hölter, 1993, S. 16)

3.2 Die Bedeutung von Körper, Leib und Bewegung (Hofer)

Es folgt eine Darstellung des Dualismus (der Polarität/Wechselwirkung) zwischen Körper und Seele, um auf den phänomenologisch-anthropologischen Ansatz Merleau Ponty's und Buytendijk's zu kommen und die Bewegung sowie die Therapie durch Bewegung und Sport aus dieser Sichtweise zu betrachten.

3.2.1 Der Dualismus zwischen Körperlichem und Seelischem

Der Beginn einer systematisch ausgerichteten Medizin ist in der Antike anzusiedeln. Die antike Sichtweise des Menschen ist geprägt von einem Dualismus von Körperlichem und Seelischem. Die Erklärung von Krankheiten wurde nur auf körperliche Vorgänge zurückgeführt, das Erleben und Empfinden des Menschen ließen die Ärzte außer Acht. Man war sich der Existenz der Seele zwar bewusst, sie wurde allerdings nicht als Teil des Körpers betrachtet. (Hölter, 2011, S. 6f) Der französische Philosoph René Descartes sah den Menschen als „Körper-Maschine[n]“, wo die Seele gewissermaßen eingemietet war. (Grell, 1999, S. 57)

Erst im 20. Jahrhundert gelang es, dem Seelischen mehr Bedeutung zu verleihen. Einen wichtigen Beitrag hierzu leistete Sigmund Freud, der psychische Erkrankungen auf „unbewusste Seelenregungen des Menschen“ zurückführte (Hölter, 2011, S. 8). Diese Sichtweise unterstützte u.a. Viktor von Weizsäcker, ein Pionier der Psychosomatik, um den dualistischen Ansatz von Körper und Seele zu verwerfen. *„Die Hauptsache beim Verhältnis von Leib und Seele besteht nicht darin, daß [sic!] sie zwei Dinge sind, welche nebeneinander da sind und aufeinander wirken, sondern daß [sic!] sie einander wechselseitig erläutern.“* (Weizsäcker, 1946, zit. n. Hölter, 2011, S. 9). Weizsäcker verwendete den Begriff Leib, nicht Körper, um die Einheit von Körper und Seele zu betonen.

3.2.2 Bewegung aus einem phänomenologisch-anthropologischen Blickwinkel

In diesem Kontext sind die Ansätze von Merleau-Ponty und Buytendijk zu nennen, welche die Ziele verfolgten die Spaltung von Körper und Geist aufzuheben, Bewegung als sinnvolle Tätigkeit zu beschreiben und Bewegungshandlungen in einen Bezug zur Welt zu setzen. (Hölter, 2011, S. 18-20)

Nach der Sichtweise von Merleau-Ponty ist der Mensch durch den Leib in der Welt verwurzelt, er ist sozusagen das „Fundament unserer Existenz“. Die leibliche Existenz ist durch Bewegung gekennzeichnet. In der Bewegung des Leibes sind Motorik, Sensorik und Denken untrennbar miteinander verbunden, es kommt zur Aufhebung der Differenzierung von Bewegung als physikalisches Ereignis und dem „Bewusstsein von der Bewegung“. Es existiert ein natürliches „Sich-Bewegen“, welches lediglich als „ich bewege mich“ zu verstehen ist und nicht als Dualismus von „es bewegt sich und ich weiß es“. Merleau-Ponty spricht hier von Ambiguität: „Der Leib ist weder Geist noch Natur, weder Seele noch Körper, weder Innen noch Außen“. (ebd., S. 20)

Buytendijk arbeitet eher mit dem Begriff der Bewegung und nicht mit dem des Leibes. Er betrachtet die Bewegung des Leibes als etwas „Drittes, das Physiologisches und Geistiges in eins“ meint. Es werden hier weder dem Körperlichen psychische Prozesse noch der Psyche körperliche Prozesse zugeschrieben, vielmehr postuliert er, beide Perspektiven als eins zu sehen; dafür soll der Begriff *Bewegung* benützt werden.

Beide genannten Autoren setzten sich mit dem Sinn menschlicher Handlungen auseinander, wo Bewegung nicht aus rein physiologischer Betrachtung als Reaktion des Organismus auf externe Reize verstanden werden darf. Merleau-Ponty behandelt diese Frage existentiell und meint, dass wir durch das Leibliche über das „Privileg der unmittelbaren Anschauung der Welt und ihres ursprünglichen Sinns“ verfügen (Hölter, 2011, S. 21). Dies verdeutlicht Hölter an einem Beispiel aus der Bewegungstherapie, wo man bei Patient/innen oft nach kurzer

Zeit bereits eine veränderte, lebendigere Körpersprache erkennen kann. Die Patient/innen begegnen einer für sie sinngeliteten Handlung, sie tragen für den Moment „einen Sinn ‚in sich‘ und werden auch so angesehen“.

Buytendijk trennt das Ziel und den Sinn einer Bewegung. Die Ziele sind meistens von außen erkennbar, doch der Sinn oder die Bedeutung kann nur durch eine „möglichst vollständige Einsicht in die Umstände, die Situation, ihre Ausführung“ (ebd., S. 21) erfasst werden. Wirft ein Mensch absichtlich einen Stein auf einen anderen, so kann dies als Aggression, oder auch als Art der Kontaktaufnahme gedeutet werden. Die Erörterung des Sinns einer Handlung ist zu unterscheiden von der Erklärung oder Darstellung dieser. (ebd., S. 21)

Die Frage nach dem Weltbezug der Bewegung, Waldenfels nennt dies „Zwischenleiblichkeit“, setzt sich damit auseinander, wie sich das Selbst und der Fremde zueinander verhalten. Merleau-Ponty und Buytendijk sind der Ansicht, dass die Entwicklung des Selbst von Begegnungen und Beziehungen zu anderen Menschen abhängig ist. „Das Subjekt ist zwar etwas Eigenes [...], aber es entsteht in Abhebung zum Fremden.“ (Hölter, 2011, S. 22)

Der Begriff der „Zwischenleiblichkeit“ steht in Verbindung mit dem der leiblichen Erfahrung gemäß der Grundidee, dass die Teilnahme am Leben essentiell für die Wahrnehmung des Lebens als solches ist. Buytendijk benutzt hier den Terminus der „existenziellen Teilnahme“, die besonders notwendig ist, wenn es um die Erfahrung der Bedeutung von Bewegungshandlungen geht, da diese nicht durch Beobachtung ersetzt werden kann. Hölter (2011, S. 22) betont an dieser Stelle zwei Gesichtspunkte, die für eine Bewegungstherapie relevant sein könnten, nämlich erstens die Rolle der eignen Bewegungserfahrungen und zweites die soziale Komponente von Bewegungshandlungen. Bezogen auf Punkt eins meint er, dass die Basis einer wirkungsvollen therapeutischen Beziehung die Zwischenleiblichkeit zwischen Klient/in und Bewegungstherapeut/in darstellt. Diese kann nur auf Grundlage einer „gemeinsam gelebten Bewegungserfahrung, einer gemeinsamen Anschauung des Lebendigen in der Bewegung“ entstehen. (ebd., S. 22) Bei dem zweiten Punkt geht es um die Bedeutung der Gruppe, die eine Erweiterung der Zweierbeziehung zwischen Patient/in und Therapeut/in darstellt und dadurch die Zwischenleiblichkeit noch klarer wird. Der Fremde, in dessen Abgrenzung sich das Selbst entwickelt, ist nicht nur der/die Therapeut/in, sondern auch Menschen, die sich in vergleichbaren Lagen befinden. (ebd. S. 23)

Es gibt eine große Anzahl möglicher Therapieverfahren mit unterschiedlichen Zugängen. In der Folge interessieren vor allem jene, die die Leiblichkeit und Bewegung des Menschen gemein haben.

3.3 Formen der (Bewegungs-)Therapie (Hochedlinger)

Es lassen sich grob drei Gruppen bündeln, die eine erste Orientierung in der Vielfalt der Therapien ermöglichen, die Physiotherapie, die Sport- und Bewegungstherapie und die Körperpsychotherapie. (Hölter, 2011, S. 1)

Die Problematik einer genaueren Klassifizierung der verschiedenen Therapieverfahren schlug sich nach Hölter (ebd., S. 1) bereits in einer Uneindeutigkeit der Literatur nieder. Beispielsweise wählte Petzold (1985) die Differenzierung zwischen „übungs-, erlebnis-, konfliktzentrierte und multimodale bzw. integrative Verfahren“, Becker (1981) hingegen ordnete die Verfahren „nach Schwerpunkten in der Intervention“, Hölter (1993) ordnete die klinischen Methoden nach „der Beeinflussung der Physis und Psyche“, Geuter (1996) hingegen fokussierte die Körperbilder und unterschied den „expressiv-energetischen“, den „sich bewegenden-erkundenden“ und den „berührten, dialogischen Körper“. (ebd., S. 1)

Die Klinische Bewegungstherapie konstituiert sich aus drei Fachdisziplinen: der Bewegungs- und Sportwissenschaft, der Medizin und der Psychologie. Die folgende Abbildung zeigt den integrativen Charakter und die Interdisziplinarität der klinischen Bewegungstherapie.

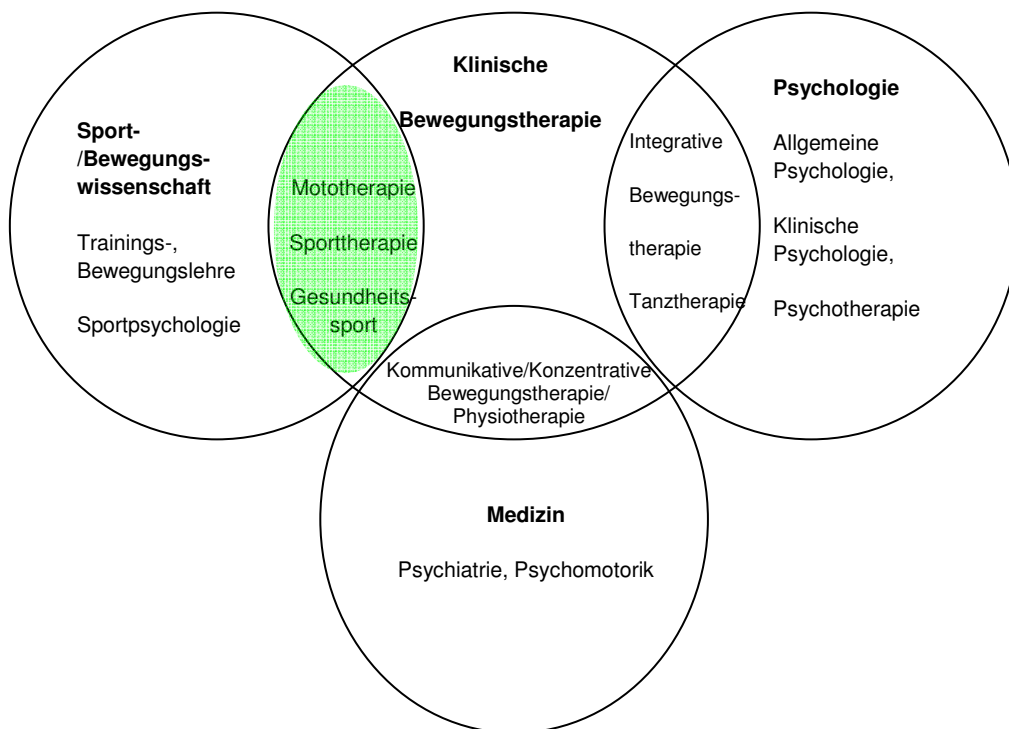


Abb. 7: Klinische Bewegungstherapie im Schnittpunkt (Hölter, 2011, S. 77)

Da im Zuge dieser Diplomarbeit das Laufen als Interventionsmaßnahme eingesetzt wurde, wird in der Folge der Schnittpunkt zwischen der Bewegungs- und Sportwissenschaft mit der Klinischen Bewegungstherapie hervorgehoben und im Besonderen die Sporttherapie herausgestellt. Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie beschreibt die Sporttherapie folgendermaßen:

„Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen.“ (DVGS 1990 zit. n. Vanden-Abeelee & Schüle, 2012, S. 30).

Die therapeutische Wirkung der Sporttherapie wird nach Huber und Schüle (2012, S. 3) vor allem durch die „Mehrdimensionalität“ der Vorgehensweise erreicht. Sie sprechen hier von einem funktionellen, psychosozialen und pädagogischen Vorgehen. Sport wird im Sinne der Mehrdimensionalität neben einer physischen Trainingswirkung auch eine therapeutisch-gesundheitliche Wirkung beigemessen. Die Sporttherapie schafft ein günstiges Lernumfeld, in dem ein auf die Gesundheit ausgerichteter Lebensstil kennengelernt und erprobt werden kann. (Huber & Schüle, 2012, S. 3f)

In weiterer Folge soll die Lauftherapie und deren Relevanz besprochen werden sowie Grenzen kritisch herausgearbeitet werden.

3.4 Lauftherapie (Hochedlinger)

Sachs und Buffone waren mit ihrem Werk „Running as Therapy“ (1984) gemäß Stoll und Ziemainz (2012, S. 2) die ersten, die über Laufen als Therapie schrieben. In der Einleitung ihres Werkes werden einige wichtige Fragen die Lauftherapie betreffend geklärt. Die Autoren werfen unter anderem die Fragen nach einer Definition und dem Verwendungszweck der Lauftherapie auf.

3.4.1 Was ist die Lauftherapie?

Sachs und Buffone (1984, S. x) definieren Lauftherapie wie folgt,

„Running therapy is the use of running as a mode of psychotherapy, alone or more frequently as an adjunct to other modes of therapy, by a trained mental health professional to promote physical or psychological adjustment (or both). This supervision by a professional, with specific therapeutic goals in mind distinguishes running therapy from simpler forms of running.“

Bartmann schreibt 25 Jahre später ebenso über „Joggen als Therapie“ (2009b, S. 77-81) und gibt einige Merkmale einer wissenschaftlichen Therapie an, um die Legitimität seines Ansatzes des „Laufens als Therapie“ zu veranschaulichen.

Kriterien, die eine Therapie erfüllen muss

1. Eines oder mehrere definierte zu behandelnde *Krankheitsbilder*.
2. Ein präzisiertes *Anwendungsschema* der Therapie.
3. *Empirische Belege* für die Wirksamkeit der Behandlung, sei es allein oder in Kombination mit anderen Maßnahmen.
4. Eine *wissenschaftlich fundierte Theorie* über den Wirkungsmechanismus der Behandlung.
5. Die Festlegung der *Qualifikation der Therapeut/-innen* dieser Therapie.
6. Die Befähigung des Patienten sich langfristig *selbst helfen* zu können.
7. Die Präzisierung von *Kontraindikationen*.
8. Die Kontrolle unerwünschter *Nebenwirkungen*.

Abb. 8: Therapiekriterien (Bartmann, 2009b, S. 79)

ad 1) Die Krankheitsbilder für den Einsatz einer Lauftherapie umfassen eine Vielzahl der Bewegungsmangelerkrankungen wie beispielsweise „Muskeldefizite“, „Übergewicht“, „Kreislauferkrankungen“ oder „Infektionsanfälligkeit“, sowie Erkrankungen im Bereich der Psyche wie beispielsweise „Minderwertigkeitsgefühle“, „Stressreaktionen“, „Ängste“, „Depressionen“, etc. (Bartmann, 2009b, S. 79)

ad 2) Das Anwendungsschema der Therapie ist ein systematisches Laufprogramm. Hier unterscheidet Bartmann zwischen sogenannten „Zeitprogrammen“ und „Streckenprogrammen“. Bei einem Zeitprogramm wird zwischen Geh- und Laufintervallen (z. B. zwei Minuten Gehen und drei Minuten Laufen) gewechselt. Bei einem Streckenprogramm wird eine bestimmte Strecke (z. B. 100 m) im Wechsel gelaufen und gegangen. (Bartmann, 2009b, S. 87f)

ad 3) Die empirisch nachgewiesene Wirksamkeit wird im Kapitel 3.5 *Aktueller Forschungsstand zur Lauftherapie* besprochen.

ad 4) Die wissenschaftliche Theorie zu den Wirkungen stellt nach Bartmann (2009b, S. 80) das Herzstück jeder Behandlung dar. Diese wurden im Kapitel 2.3 *Positive Effekte des Laufens* behandelt.

ad 5) Bartmann (2009b, S. 80) beleuchtet drei Bereiche der Lauftherapie. Laufen als Form der „Selbsttherapie“, die sich auch wenn sie unter Leitung stattfindet nicht als Therapie einordnen lässt. Laufen mit körperlich Erkrankten (z. B. Herzinfarkt-Rehabilitation), hier sind die Kooperation mit Ärzten und eine entsprechende medizinische Ausbildung für den/die Therapeuten/in unabdinglich. Sowie Laufen im Bereich der psychischen Störungen, hier ist eine verhaltenstherapeutische Qualifikation der Therapeut/innen von zentraler Bedeutung.

ad 6) Der Autor sieht das Laufen als „Befähigung zur Selbsthilfe“. Jemand der „das Laufen einmal systematisch erlernt hat, hat diese Möglichkeit, seine körperlich-seelische Befindlichkeit positiv zu beeinflussen, immer zur Verfügung“ (ebd., S. 81).

ad 7) Gegenargumente zum Laufen sind vor allem orthopädischer Natur z. B. Gelenkschäden, Wirbelsäulenveränderungen bzw. intrinsischer Natur z. B. fieberhafte Infekte oder Herzerkrankungen. (ebd., S. 81)

ad 8) Nebenwirkungen treten dann auf, wenn zu viel gelaufen wird. Es kann zu physischen und seelischen Nebenwirkungen kommen, die Schädigungen des Körpers oder Vernachlässigung sozialer Beziehungen nach sich ziehen können. (ebd., S. 81)

Bereits Sachs und Buffone (1984, S. x) deklarierten die Lauftherapie als „a mode of psychotherapy“ und erklären, dass sie vor allem in Kombination mit anderen Therapiemethoden zum Einsatz kommt. Bartmann (2009b, S. 82) akzentuiert klar den Begriff der „Körpertherapie“ und stellt heraus, dass die Lauftherapie als Körpertherapie unmittelbar auf den Körper wirkt und über den Körper auf die Psyche. Im Gegensatz zu einer Psychotherapie, bei der unmittelbar auf die Psyche eingewirkt wird.

3.4.2 Wann wird die Lauftherapie verwendet?

Sachs und Buffone (1984, S. x) sahen ein großes Anwendungsgebiet der Lauftherapie, unter anderem wird sie bei der Behandlung von Phobien, Depressionen und Ängsten diskutiert. Im Kapitel 3.5 *Aktueller Forschungsstand zur Lauftherapie* wird ein Überblick empirischer Forschung zum Thema Laufen unter psychotherapeutischen Aspekten gegeben.

Bartmann, der selbst ein begeisterter Läufer ist und seine Laufmethode eigens erprobte, limitiert die Anwendungsmöglichkeit der Lauftherapie für diejenigen Personen, die es ablehnen sich körperlich zu betätigen oder das Laufen nicht als für sie geeignet empfinden. Er plädiert jedoch darauf, in diesem Fall auf eine andere Ausdauersportart (z. B. Radfahren, Schwimmen, Wandern) auszuweichen. Weiters sieht er es als problematisch an, wenn

Klienten/innen zu hohe Erwartungen haben und meinen ihre Probleme würden sich plötzlich in Luft auflösen. Abschließend konstatiert der Autor, dass durch das Laufen zwar das seelisch-körperliche Wohlbefinden erreicht und stabilisiert werden kann, jedoch darin kein Allheilmittel vorliegt. (Bartmann, 2009b, S. 83f)

3.5 Das Paderborner Modell als exemplarische Methode (Hochedlinger)

Alexander Weber, der 1988 das Deutsche Lauftherapiezentrum gründete, verwendete den Begriff der Lauftherapie bereits im Jahr 1975. In wissenschaftlich begleiteten Laufgruppen an der Paderborner Universität-Gesamthochschule wurde das Konzept des Paderborner Modells entwickelt. Alexander Weber erfuhr am eigenen Leib die positiven Wirkungen des Laufens. Im Alter von 31 Jahren entdeckte er aufgrund seiner schlechten physischen und psychischen Konstitution das Laufen für sich als Quelle des Wohlbefindens. (Weber, 1999, S. 13f)

3.5.1 Prinzipielle Annahmen zur Lauftherapie nach Weber

In Weber (1999, S. 16-19) werden grundlegende Vermutungen und wissenschaftliche Fakten zum Thema Laufen als Therapie vorgestellt. Diese werden in der Folge kurz skizziert:

- Menschen sind laut dem Verhaltensforscher Desmond Morris „Bewegungstiere“ (ebd., S.16), da ihre Beine für das Laufen vorgesehen sind. J.H. Reichholf, ein Evolutionsbiologe, nennt den Mensch „Lauftier“ (ebd., S. 16), da dieser wie kein anderes Lebewesen das ausdauernde Laufen praktizieren kann.
- Das Laufen ist eine einfache Ausdauersportart, der ohne großen Aufwand nachgegangen werden kann. Da das Laufen eine rhythmisierte Bewegung ist und sich durch eine kurze Schwebephase vom Gehen unterscheidet, wird es als besonders befreiend und lustvoll wahrgenommen.
- Die Lauftherapie ist darauf ausgerichtet den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten, das heißt seine aktuellen und vergangenen Lebensumstände sowie aktuelle Beschwerden werden berücksichtigt.
- Der Ansatzpunkt der Lauftherapie ist der Körper des Menschen. Körper und Psyche beeinflussen sich gegenseitig, dadurch werden durch das Laufen auf beiden Seiten Wirkungen erzielt.
- Regelmäßiges Laufen kann Lebensgewohnheiten verändern, da Läufer/innen mehr Feingefühl für ihren Körper entwickeln und somit besser auf ihr Wohlbefinden oder Ess- und Trinkverhalten achten.

- Die Selbstwahrnehmung kann durch regelmäßiges Laufen verbessert werden.
- Teilnehmer/innen der Lauftherapie machen die Erfahrung, dass sie durch ausdauernde Anstrengungsbereitschaft ihr Wohlbefinden steigern und erfolgreich sein können.
- Durch die Erfahrung der eigenen Leistungsfähigkeit lernen sich die Therapieteilnehmer/innen selbst als kompetente und aktive Lebensgestalter/innen kennen.
- Durch die Entscheidung für die Lauftherapie findet in den Teilnehmer/innen das erste Umdenken hinsichtlich eines neuen, selbstverantwortlichen Lebensstils statt.
- Die Dynamik der Laufgruppe spielt eine wichtige Rolle und bietet einen Raum von Zugehörigkeit zur und Spaß in der Gruppe.
- Wird nach Beendigung eines Lauftherapiekurses das Laufen selbst initiiert fortgeführt, so fühlen sich die Klienten kompetenter in der Gestaltung ihres Lebens und sehen sich in der Lage, ihre Leistung und ihr Wohlbefinden weiterhin zu steigern.
- Besonders hervorzuheben bei der Lauftherapie sind die geringen Kosten, der niedrige zeitliche Aufwand, die einfache Durchführung und die Effektivität.

3.5.2 Bausteine der Lauftherapie nach dem Paderborner Modell

Im Folgenden werden die charakteristischen, praktischen Schritte des Modells kurz dargestellt. (Weber, 1999, S. 24f)

1. Formulierung allgemeiner Ziele und Teilziele.
2. Organisierung von Ort, Zeit und Kursleiter/innen.
3. Anpassung des Laufprogramms und der Übungen an die Teilnehmer/innen.
4. Auswahl der Testverfahren zur Evaluierung des Lauftherapiekurses.
5. Die Gruppe und deren Dynamik beobachten und Gruppenressourcen nutzen.
6. Beratungen anbieten.
7. Die Rolle des/der Kursleiter/in definieren und persönliche Stärken herausarbeiten und einsetzen.

ad 1: Die Lauftherapie fasst laut Weber (1999, S. 26) in erster Linie „Zeitlich begrenzte Störungen, Disharmonien, Imbalancen“, „Prävention“ und „Hilfe zur Selbsthilfe“ ins Auge.

Die allgemeinen Ziele der Lauftherapie nach Weber (1999, S. 26f) beinhalten die Verbesserung und Stabilisierung des Wohlbefindens, die Stärkung der psychischen Balance aus eigener Kraft, die Erhöhung der Körperwahrnehmung und der Selbstakzeptanz, die

Verbesserung des Stressmanagements, das freudvolle Erleben von Ausdauersport und das Sammeln von Erfahrungen im sozialen Miteinander. Zielgruppe sind alle Menschen, die unter Alltagsstress, diversen Belastungen und einem Mangel an Bewegung leiden und deren Wohlbefinden davon negativ beeinflusst wird. Folgende Voraussetzungen müssen für die Teilnahme an einem Lauftherapiekurs erbracht werden:

- Man sollte wenig bis gar keine sportlichen Vorerfahrungen mitbringen, vor allem nicht im Laufsport.
- Ist man über 35 Jahre alt, muss man eine sportmedizinische Leistungsbescheinigung abgeben.
- Man sollte einverstanden sein an der Evaluierung der Therapie mittels Tests und Gesprächen teilzunehmen.
- Die anfallenden Kosten des Kurses sind selbst zu bezahlen.
- Man äußert den Vorsatz, eine regelmäßige Teilnahme am Kurs zu erstreben.

ad 2: Der klassische Lauftherapiekurs im Deutschen Lauftherapiezentrum (DLZ) dauert 12 Wochen mit wöchentlich zwei Lauftrainings. Das Training findet immer im Freien statt und die Laufgruppe umfasst in etwa 10-15 Teilnehmer/innen. Die Kursleiter/innen verfügen entweder über ein DLZ-Diplom oder eine ähnlich geeignete Ausbildung. Die Lauftherapeut/innen sind immer in Kontakt miteinander und tauschen Erfahrungen aus. Dies wird als eines der Erfolgsrezepte der Lauftherapie angesehen. Die Organisation der Lauftherapie findet in drei Arbeitsschritten statt. Der erste Schritt ist die Vorbereitung. In dieser Phase findet eine Informationsveranstaltung für die Teilnehmer/innen zur Klärung der Rahmenbedingungen des Kurses und allfälliger Fragen statt. Der zweite Schritt ist die eigentliche Durchführung der Lauftherapie. Im dritten Schritt, der Nachbereitung, wird der vergangene Kurs evaluiert und gemeinsam mit den Teilnehmer/innen reflektiert und Konsequenzen abgeleitet. (Weber, 1999, S. 31-35)

ad 3: Im Paderborner Modell nach Weber (1999, S. 36f) wurde ein „Standard-Laufprogramm“ für Laufeinsteiger/innen entwickelt und überprüft. Dieses „sanfte“ Training ist die Basis für eine erfolgreiche Lauftherapie. Jedes Training besteht aus abwechselnden Lauf- und Gehphasen, wobei sich die Gehphasen nach und nach reduzieren und sich die Laufphasen steigern. Nach einem 12 Wochen Kurs soll durchgehend 30 Minuten gelaufen werden. Das DLZ-Laufprogramm wird für jede Gruppe modifiziert und geht somit auf die Bedürfnisse der

Teilnehmer/innen ein. Die folgende Abbildung zeigt das Standard-Laufprogramm des Deutschen Lauftherapiezentrum.

Standard-Laufprogramm des Deutschen Lauftherapiezentrum e.V., Bad Lippspringe		
Woche	Laufen/Gehen (Zeitanteile) 3mal wöchentlich	reine Laufzeit (Minuten)
1	1 Min. Laufen / 2 Min. Gehen (7mal)	7
2	1 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (10mal)	10
3	2 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (7mal)	14
4	3 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (5mal)	15
5	4 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (4mal)	16
6	5 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (3mal) anschließend 2 Min. Laufen / 1 Min. Gehen	17
7	6 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (3mal)	18
8	8 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (2mal) anschließend 3 Min. Laufen / 1 Min. Gehen	19
9	12 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (2mal)	24
10	20 Min. ununterbrochenes Laufen / 3 Min. Gehen	20
11	18 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (2mal)	36
12	30 Min. ununterbrochenes Laufen	30

Abb. 9: Standard Laufprogramm (Weber, 1999, S. 37)

ad 4: Jeder Lauftherapiekurs unterliegt einer Erfolgskontrolle, dieser wird unter anderem mittels „Paderborner Streß-Inventar“ (ebd., S. 33f) und „Streß-Fragebogen“ (ebd., S. 41) vor und nach der Lauftherapie überprüft. Weitere Evaluierungsmethoden der Kurse sind Verhaltensbeobachtungen einzelner Teilnehmer/innen durch die Kursleiter/innen, Gespräche mit Einzelnen oder in der Gruppe, zusätzliche Fragebögen und Kontrolle der körperlichen Leistungsfähigkeit. (ebd., S. 40-44)

ad 5: Im vorliegenden Lauftherapie Modell wird jedes Lauftraining in Gruppen zu je 10-15 Personen durchgeführt. Die Gruppe leistet nach Weber (1999, S. 44-46) einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg der Lauftherapie. Die Kursteilnehmer/innen wachsen zu einer Gruppe zusammen, die sich durch ein hohes Maß an Gemeinschaftsgefühl, Zugehörigkeit und Geborgenheit auszeichnet. Die Läufer/innen befinden sich in ständigem Kontakt, sie können frei und ohne Zwang interagieren. Auf diese Weise entsteht eine eigene Gruppendynamik, die Läufer/innen positionieren sich in der Gruppe, übernehmen Aufgaben und begegnen einander stets vertrauter.

ad 6: Die Situationen und Themen für Beratungen bieten sich während einer Lauftherapie in vielfältiger Weise. Berater/innen können sowohl der/die Lauftherapeut/in als auch die Kursteilnehmer/innen sein, die sich gegenseitig Hilfe leisten. Die Beratung in der Lauftherapie verlangt Empathie und Intuition, da in der Regel spontan reagiert werden soll. (Weber, 1999, S. 46f)

ad 7: Nach Weber's (1999, S. 49) langjährigen Erfahrungen gründet der Erfolg der Lauftherapie in der Person des/der Lauftherapeuten/in. Ein Scheitern der Therapie schreibt er hauptsächlich dem/r Kursleiter/in zu, welche/r für Inszenierung, Gestaltung und Durchführung verantwortlich ist.

3.6 Aktueller Forschungsstand zur Lauftherapie (Hochedlinger)

Der aktuelle Forschungsstand zur Lauftherapie ist laut Stoll und Ziemainz (2012, S. 30) von einer Uneindeutigkeit geprägt. Es gibt zahlreiche Studien, welche über die Wirkungen der Lauftherapie berichten und Ergebnisse präsentieren. Im Folgenden werden einige exemplarische Studien kurz skizziert, damit der/die Leser/in einen Überblick über die aktuelle Forschung erhält. Vorab lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Studien unterschiedliche Ergebnisse lieferten. Diese Uneindeutigkeit schreiben Stoll und Ziemainz (2012, S. 30) der „mangelhaften Qualität der Studien“ zu, die sich durch Fehler in der Methodik, geringe Teilnehmerzahl und fehlende Langzeitstudien erklären lässt.

3.6.1 Lauftherapie bei Depressionen

Stöckel (2009a, S. 43) definiert die Depression als eine psychische Störung, die sowohl psychische als auch physische Symptome aufweist. Die psychischen Symptome umfassen den „Verlust von Interesse oder Freude, Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsprobleme, Selbstwertprobleme, Schuld- und Wertlosigkeitsgefühl und suizidale Gedanken.“ Die physischen Symptome sind „Schlafstörungen, psychomotorische Gehemmtheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidostörungen“.

Eine Möglichkeit der Klassifikation von Depressionen ist nach ICD-10 (International Classification of Disease) gegeben, die zwischen einmaligen und wiederkehrenden Depressionen mit leichter, mittlerer und schwerer Ausprägung unterscheidet. (Bartmann, 2009b, S. 46f)

Studienergebnisse

Reule und Bartmann (2009a, S. 17) werteten Studien aus, in denen die depressionssenkende Wirkung des „Joggens“ untersucht wurde. Beispielsweise machten Greist et al. (1978, 1979) eine der populärsten Studien zu diesem Thema. Die Teilnehmer/innen der Studie wurden in 3 Gruppen aufgeteilt: Einzelpsychotherapie mit/ohne zeitlichem Ende und eine Lauftherapie. Die Verbesserungen waren nach einer 12-wöchigen Interventionszeit bei allen Gruppen gegeben, die stärksten Verbesserungen wies die Laufgruppe auf.

Eine weitere von Reule und Bartmann (2009a, S. 17) vorgestellte Studie von Klein et al. (1985) konnten den Behandlungsmethoden Lauf-, Gruppentherapie und Meditation eine signifikante Verbesserung der Depressionswerte nachweisen. Diese verbesserten Werte konnten auch bei einer Nachtestung bestätigt werden.

Stoll und Ziemainz (2012, S. 32-38) skizzierten einige jüngere Studien zur Lauftherapie bei Depressionen, die Ergebnisse werden hier zusammengefasst.

Blumenthal et al. (2007) verglichen in einer 16-wöchigen Studie die Veränderung der Depressionswerte in drei Gruppen: eine Aktivitätsgruppe (Walken, Laufen), eine medikamentös behandelte Gruppe (Sertraline) und eine Placebo-Gruppe (Kontrollgruppe). Sie stellten fest, dass sowohl die Behandlung mit Antidepressiva als auch die körperliche Aktivität zu positiven Effekten führte. Langzeiteffekte wurden nicht geprüft.

Brené et al. (2007) versprachen sich sowohl durch die Behandlung mit Antidepressiva als auch durch die Behandlung mit dem Laufen Erfolge, da beide das Belohnungssystem im Gehirn aktivieren und es zu einer Dopaminausschüttung kommt.

Dunn et al. (2005) fokussierten in ihrer Studie die Frage nach der Dosis-Wirkung eines 3-monatigen aeroben Ausdauertrainings und kamen zu dem Schluss, dass der Gesamtenergieverbrauch entscheidend ist für die Effektstärke der Therapie. Bei der Wirkung von drei und fünf Trainingseinheiten pro Woche konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Haffmanns et al. (2006) untersuchten unterschiedliche körperliche Aktivitäten (Physiotraining Therapy und Running Therapy) und stellten heraus, dass das 12-wöchige Physiotraining zu deutlichen Verbesserungen der Depressionswerten führte. Die Werte der Running Therapy Gruppe waren nicht signifikant. Die Gründe für diese Ergebnisse sehen die Forscher in der geringen Struktur der Lauftherapie und der interindividuellen Motivation der Teilnehmer/innen.

Neumann und Frasch (2008) widmeten ihr Forschungsinteresse einer Übersichtsarbeit zur Übertragbarkeit empirischer Befunde aus Tierversuchen auf die Humanbiologie. Aus Tierversuchen geht hervor, dass physische Leistung die Gesundheit des Gehirns und das psychische Wohl entscheidend beeinflussen. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf den Menschen ist möglich, jedoch noch nicht eindeutig abgesichert.

Einige Metastudien (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 53-57) zur Thematik konnten unterschiedliche Wirkungen der Lauftherapie bei Depressionen herausarbeiten.

Daley (2008) führte ihre Metaanalyse zwischen 1990 und 2007 durch und kommt zu dem Schluss, dass die Ergebnisse der Studien uneindeutig sind. Jedoch kann festgehalten werden, dass körperliche Bewegung mehr Vorteile bringt als keine körperliche Bewegung. Perraton et al. (2009) schreiben dem Gruppentraining bessere Ergebnisse zu. DGPPN (2009) analysierten neun Studien von 1999-2008 und empfehlen die physische Aktivität um ein gesteigertes Wohlfühl zu erreichen und die Depressionswerte zu senken.

NICE-Guideline (2009) bzw. Mead et al. (2010) sprechen in ihren insgesamt 53 analysierten Studien von hinreichenden bzw. geringen Wirkungen.

Dirmaier et al. (2010) sprechen bei ihren Ergebnissen von Bewegungs- und Sporttherapie als „evidenzbasiertes Behandlungselement“ (ebd., S. 55) und davon, dass die erzielbaren Effekte mit einer Verhaltens- und Medikamententherapie zu vergleichen sind.

Hölter und Deimel (2011, S. 210f) kommen zu dem Schluss, dass eine Bewegungstherapie, die gut geplant in Anbetracht der jeweiligen Symptome der Teilnehmer/innen ist und in Zusammenarbeit eines mehrdimensional qualifizierten Teams an Therapeuten/innen durchgeführt wird, positive Effekte bei der Behandlung der Depression hat. Die Bewegungsart spielt hier eine geringere Rolle als die Regelmäßigkeit. Leichte und moderate

depressive Störungen und Angstzustände weisen nach aktuellem Forschungsstand vergleichbare Wirkungen vor wie die Psycho- und Pharmakotherapie.

3.6.2 Lauftherapie bei Abhängigkeitserkrankungen

Stoll und Ziemainz (2012, S. 90f) unterscheiden zwei Arten von Süchten, stoffunabhängige (z.B. Arbeit, Sex, Glücksspiel) und stoffabhängige Süchte (z.B. Drogen, Alkohol, Nikotin). Eine Abhängigkeit kann sich sowohl auf der physischen als auch der psychischen Ebene äußern. Die Autoren sprechen über einige Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit von einer Abhängigkeit gesprochen wird. Diese Kriterien sind auftretende Entzugerscheinungen, Entwicklung von Toleranz gegenüber dem Suchtmittel und tendenziell steigender Verlust der Kontrolle. Der Sucht wird weiterhin nachgegangen obwohl schädliche Folgen auf körperlicher und psycho-sozialer Ebene auftreten.

Abhängigkeitserkrankungen sind nach Stoll und Ziemainz (2012, S. 91f) in allen Gesellschaftsschichten präsent. Faktoren, die das Auftreten einer Abhängigkeit beeinflussen, finden die Autoren bei Frauenknecht, Lieb und Brunnhuber (2008): „Genetische Faktoren, Verhaltens- und Lernfaktoren, Soziale Faktoren und Psychische Erkrankungen.“ Der Familie wird hier eine besondere Bedeutung zugeschrieben, da Abhängigkeitserkrankungen oftmals vermehrt in einem Familienkreis auftreten, was zum Einen durch genetische Disposition und zum anderen durch „erlerntes Verhalten“ erklärbar ist.

Die Therapie einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich nach Frauenknecht, Lieb & Brunnhuber (2008 in Stoll & Ziemainz, 2012, S. 92) in vier Phasen gliedern: „1. Kontaktphase (z.B. Beratungsstelle), 2. Entgiftungsphase (z.B. Krankenhaus), 3. Entwöhnungsphase (z.B. Kuraufenthalte), 4. Nachsorgephase (z.B. Selbsthilfegruppen)“. Die Entwöhnungs- und Nachsorgephase eignen sich nach Stoll und Ziemainz (2012, S. 92) für den Einsatz der Lauftherapie. In diesen Phasen soll der/die Erkrankte wieder mehr Stabilität im Leben erreichen und positive Erfahrungen sammeln.

Studienergebnisse

Die Studien zum Thema Lauftherapie bei Abhängigkeitserkrankungen (Schay et al., 2006; Bartmann, 2009; Legl, 2004) konnten gute Wirkungen herausarbeiten.

Legl (2004) sieht die Wirkungen des ausdauernden Laufens vor allem bei den Themen Erdung, durch die natürliche Form der Fortbewegung bei der Bodenkontakt gesucht wird; dem Realitätsprinzip, da ein Ziel direkt erkennbar und kein Selbstbetrug möglich ist; der Reizentflutung, aufgrund der Bewegung in der freien Natur; und Flow-Erleben, welches nur

bei optimaler Anstrengung erreicht werden kann und es daher nicht zu einer starken Unter-/Überforderung im Sinne einer Suchtverlagerung kommen kann. Bartmann (2009) sieht das Einsatzgebiet der Lauftherapie als ergänzende Maßnahme um die Psyche der Erkrankten stabilisierend zu beeinflussen und ein bewussteres Körpergefühl zu erlangen und somit die Rückfallwahrscheinlichkeit zu senken. (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 100ff)

Schay et al. (2006) sprechen von der Lauftherapie in der Rehabilitation von (ehemals) Drogenabhängigen als einem „hochwirksamen Behandlungsansatz (...) [dem] noch viel zu wenig Beachtung geschenkt [wird]“ (ebd., S. 103).

Abschließend lässt sich zur Wirksamkeit der Lauftherapie bzw. im allgemeinen der Bewegungstherapie bei Abhängigkeitserkrankungen sagen, dass die Mehrheit der durchgeführten Studien und Interventionen eine positive Beeinflussung körperlicher und seelischer Faktoren bewirken konnten. (Deimel, 2011, S. 421)

3.6.3 Lauftherapie bei Essstörungen

Ein gestörtes Essverhalten ist geprägt von unkontrollierbaren Essanfällen, falscher Wahrnehmung von Appetit und Sättigungsgefühl, ständigem Gedankenfluss rund um das Thema Essen und dem Versuch das Gewicht durch „dysfunktionale Maßnahmen“ zu kontrollieren. Weiters kommt es zu Körperwahrnehmungsstörungen in unterschiedlichen Ausprägungen. (Schwartz, 2011, S. 375)

Das Thema der Essstörungen bekommt bei Heike Schwartz (2011, S. 329) das Attribut „westlich“ zugeschrieben. Das Übermaß und die zahlreichen Wahloptionen an Lebensmitteln sind Probleme der westlichen Welt. Die mehrdimensionale Problematik, welche sich hier ergibt betreffen das „zu viel – zu wenig – das Falsche“.

Adipositas und Übergewicht

Übergewicht und Adipositas werden an sich nicht als Essstörungen definiert, stellen jedoch ein nachgewiesenes Risiko für die Gesundheit dar. Ob jemand übergewichtig oder adipös ist, lässt sich durch die BMI (=Body Mass Index)-Formel errechnen.

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2$$

Ab einem BMI von mehr als 25 bei Männern, 24 bei Frauen, spricht man von Übergewicht. Liegt der BMI über 30 spricht man von Adipositas. Adipöse Personen leiden oftmals zusätzlich an psychischen Begleiterkrankungen, wie beispielsweise einem beeinträchtigten Selbstkonzept, d.h. verringertem Selbstwert und krankhafter Körperselbstkonzept. Diese

Begleiterkrankungen sind jedoch stark abhängig von den Variablen Alter, Geschlecht und in der Gesellschaft anerkannten Schönheitsidealen. (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 66f)

Anorexia und Bulimia nervosa

Diagnosekriterien dieser Essstörungen sind unter anderem ein unkontrolliertes Essverhalten, große und ständige Angst bezüglich des eigenen Gewichts, eine beeinträchtigte Körperwahrnehmung bzw. ein falsches Selbstbild und ein geringer Selbstwert. (ebd., S. 68)

Studienergebnisse

Die aktuelle Forschung zum Thema Bewegungstherapie bzw. auch Lauftherapie bei übergewichtigen und adipösen Menschen ist sich einig. Eine Vielzahl aktueller Studien (DAG 2003, 2007; IQWiG 2009; ACSM 2009) belegt die positiven Effekte eines regelmäßigen Ausdauertrainings auf das Kernziel übergewichtiger Klienten/innen, den Gewichtsverlust. Weiters positiv ist die Wirkung auf die Variablen Selbstwert, psychosoziale Integration (DAG, 2003) und Lebensqualität (IQWiG, 2009). (ebd., S. 69)

Bei anorektischen und bulimischen Klienten/innen findet der Einsatz einer Lauftherapie in der aktuellen Forschung wenig Anklang. In diesem Feld wird eher von einem Bewegungsprogramm gesprochen, welches die Rückfallwahrscheinlichkeit minimieren und die Variablen Körperakzeptanz, Lebensqualität und Entspannung beeinflussen soll (Wanke et al., 2007 in Stoll & Ziemainz, 2012, S. 77). Andere (DHS 2004; Legenbauer & Herpertz 2008; Ehrig 2008) erwähnen keine Form der Bewegungs- oder Sporttherapie bzw. definieren deren Wirkung als unklar (NICE, 2004). (ebd., S. 77)

Bei Lauf- bzw. Bewegungstherapien mit anorektischen und bulimischen Personen sollte der Fokus im bewussten Umgang mit dem eigenen Körper liegen. Die Klient/innen sollen lernen ihren Körper wieder wahrzunehmen und ihn einzuschätzen. (ebd., S. 87)

Schwartz (2011, S. 370) nennt „aerobes Training, Sport und Bewegung in der Gruppe, das Erlernen von Entspannungsverfahren und Konfrontationsübungen“ als Bewegungsmöglichkeiten für essgestörte Klienten/innen. Grundsätzlich sind jedoch alle Bewegungs- und Sportarten möglich. Bei der Therapie von Personen mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa sollte auf Sportarten, die sehr leistungsorientiert oder energieverbrauchend sind und High-Impact Aktivitäten verzichtet werden. Die Therapie adipöser Klienten/innen sollte vor allem die Gelenke schonen, also beispielsweise im Wasser stattfinden.

3.6.4 Lauftherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Laut ICD-10 wird von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen wenn „charakteristische und dauerhafte Erfahrungs- und Verhaltensmuster definiert [werden], die deutlich von den kulturellen Normen abweichen“ (Degener, 2011, S. 288). Diese Muster äußern sich nach Degener in allen persönlichen Bereichen (Gedanken, Affekt- und Impulskontrolle, Beziehungen). Die betroffene Person steht unter enormem persönlichem Leidensdruck und ihr daraus resultierendes Verhalten wirkt negativ auf das gesellschaftliche Umfeld. Es werden einige klinische Erscheinungsformen der Persönlichkeitsstörungen unterschieden wie z. B. die ängstlich-vermeidende, die emotional-instabile oder die histrionische Persönlichkeitsstörung.

Aktuell gibt es noch wenig Diskussion um den Einsatz der Lauf- oder Bewegungstherapie als Maßnahme bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Stoll und Ziemainz (2012, S. 109) schlagen daher vor, den Begriff der Persönlichkeitsstörungen weiter zu fassen und die psycho-pathologischen Erkrankungen wie Angst-, Panikstörungen, Schizophrenie und Neurosen heranzuziehen, um den Einsatz einer Lauftherapie in diesem Bereich besprechen zu können.

Studienergebnisse

Broocks (2005) beschäftigte sich mit den physischen und psychischen Wirkungen von Bewegung und Sport und sprach vor allem dem Ausdauertraining große angst- und depressionsmindernde Effekte zu (Stoll & Ziemainz, 2012, S. 110).

Im Bereich der Lauftherapie bzw. Bewegungs- und Sporttherapie bei Persönlichkeitsstörungen besteht nach Faulkner und Carless (2006, in Stoll & Ziemainz, 2012, S.111) „noch stärkerer Forschungsbedarf“. Weder die Gesundheitsberichte des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2010 zur Schizophrenie noch aus dem Jahr 2004 zu Angststörungen erwähnen Bewegung und Sport als Therapiemaßnahme.

In einer von Stefan Müller-Dantzer durchgeführten und von Bartmann (2009a, S. 63-71) veröffentlichten Studie, wurden die „Auswirkungen von Lauftherapie in der Rehabilitation schizophrener Erkrankter“ erforscht. Müller-Dantzer leitete eine 12-wöchige Lauftherapie mit neun Teilnehmern/innen unter dem Aspekt der Selbstbefähigung (Empowerment) an. Der Lauftherapeut sieht den Wirkungsbereich des regelmäßigen aeroben Lauftrainings vor allem in der Förderung des Selbstwertgefühls und der Erweiterung und dem Aufbau von Handlungskompetenz. Der Autor kommt nach erfolgreicher Durchführung der Intervention zu dem Schluss, dass eine lauftherapeutische Maßnahme eine „sinnvolle Ergänzung in der Therapie und Rehabilitation schizophrener Erkrankter darstellt“ (ebd., S. 69). Die

Teilnehmer/innen konnten durch ihre konstante Teilnahme am Gruppenauftreff Normalität und Stabilität in ihren Alltag bringen und den Begleitsymptomen der Schizophrenie, das sind z. B. die Antriebslosigkeit, der Mangel an Bewegung, Gewichtsprobleme und Nikotinkonsum, entgegenwirken.

4 Flüchtlinge, Folter und deren Folgen

Im nachstehenden Kapitel werden relevante Begrifflichkeiten geklärt bzw. definiert und weiters werden sowohl das psychosoziale als auch das somatische Erscheinungsbild der traumatisierten Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden genauer beschrieben.

"Flucht und Vertreibung gehören zu den globalen Herausforderungen unserer Zeit." (António Guterres, UN-Flüchtlingshochkommissar)

Derzeit sind weltweit beinahe 45,2 Millionen Menschen auf der Flucht. Schutz und Unterstützung erfahren diese Menschen durch die Arbeit des Flüchtlingshochkommissariat der Vereinten Nationen (United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR). Neben den Flüchtlingen werden durch die UNHCR auch die Aufnahmeländer bei der Findung dauerhafter Lösungen, weiters bei der Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern und bei der humanitären Sofort- und Katastrophenhilfe unterstützt. (<http://www.unhcr.at/unhcr.html>)

4.1 Begriffserklärungen (Hochedlinger)

Definition Flüchtling

Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) beschreibt einen Flüchtling, als eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will (...)“. (Artikel 1A, GFK in <http://www.unhcr.at/>)

Definition Folter

Es folgt Teil 1 Artikel 1 des von den Vereinten Nationen veröffentlichten „Übereinkommen[s] gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984“

„1. Unter Folter im Sinne dieser Konvention ist jede Handlung zu verstehen, durch die jemand vorsätzlich starke körperliche oder geistig-seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, sofern dies u.a. in der Absicht, von ihm oder einem Dritten eine Auskunft oder ein Geständnis erzwingen, ihn für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihm oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen, ihn oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen oder in irgendeiner anderen auf irgendeiner Art der Diskriminierung beruhenden Absicht geschieht und sofern solche Schmerzen oder Leiden von einem öffentlichen Bediensteten oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person bzw. auf deren Veranlassung mit deren Zustimmung oder mit deren stillschweigendem Einverständnis verursacht werden. Nicht darunter fallen Schmerzen oder Leiden, die sich ausschließlich aus gesetzlich zulässigen Zwangsmaßnahmen ergeben, diesen anhaften oder als deren Nebenwirkung auftreten.“
(<http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar39046.pdf>)

Sowohl Täter als auch Opfer von Folter sind Menschen, wodurch diese sich laut Gurrus und Wenk-Ansohn (2009, S. 478) zu den „man-made disasters“ zählen lässt. Folter wird absichtlich und planmäßig mit dem Ziel betrieben persönliche Grenzen zu verletzen, extremen Erniedrigungen und Entwürdigungen der Opfer herbeizuführen. Die Methoden mit denen Täter ihren Opfern Schaden und Leid zufügen sind sowohl psychischer als auch physischer Natur. Es werden ihnen unvorstellbare Schmerzen angetan, um in weiterer Folge ihre Psyche beeinflussen zu können. Einige dieser psychologischen Foltertorturen sind z. B. Schlafentzug, Scheinhinrichtungen, Reizüberflutung bzw. –entzug, Demütigung mit dem Ziel große Schuldgefühle und Scham zu erreichen (Gurrus & Wenk-Ansohn, 2009, S. 478f). Die sexuelle Gewalt an muslimischen Frauen, die von demütigenden Bemerkungen über das Entfernen des Schleiers bis hin zu Schlägen und Vergewaltigung reichen kann, ist ein Beispiel für eine stark schambesetzte und tabuisierte Foltermethode, über die deren Opfer selbst im geschützten Raum einer Therapie nur schwer sprechen können (Birck, 2004, S. 164).

4.2 Lebenssituation der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden (Hofer)

Flüchtlinge, Kriegs- und Folterüberlebende wurden oftmals jahrelang verfolgt, bedroht und mussten untertauchen und umziehen, um ihren Peinigern aus dem Weg zu gehen. Trotz allen Bemühungen schaffen es nicht alle den Misshandlungen, Inhaftierungen und Folterungen zu entkommen. Jacobsen und Vesti (1990 in Birck, 2004, S. 159f) schätzen, dass zwischen 10 % und 30 % der Flüchtlinge, die in Europa ankommen, Folter und politische Verfolgung erleiden mussten.

Mit dem Verlassen des Heimatlandes, dem Zurücklassen von Hab und Gut, sowie Familienmitgliedern, ist die belastende Situation der Flüchtlinge meist noch nicht gelöst. Sie legen ihr Leben in die Hände gefährliche Schlepper, die ihnen ein besseres Leben in anderen Ländern versprechen. Diese risikobehaftete Zukunft bezahlen die Flüchtlinge mit einer großen Summe Geld und teilweise mit dem Leben. (<http://www.unhcr.at/mandat/fluechtlinge.html?L=tlqgwmhk>)

Auch im Exilland sind die Flüchtlinge hohen Belastungen ausgesetzt. Sie sehen sich mit einer anderen Kultur und Sprache konfrontiert, realisieren gemachte Verluste und leiden unter den erlebten Erfahrungen. Weiters dürfen sie keiner Arbeit nachgehen und Bildungswege bleiben ihnen verwehrt. Der Alltag eines Flüchtlings ist geprägt von einem ungewissen Aufenthaltsstatus bis hin zu Abschiebedrohungen, einer limitierten Gesundheitsversorgung und teils gewaltbetonter Fremdenfeindlichkeit. (Birck, 2004, S. 161ff)

Gurris und Wenk-Ansohn (2009, S. 481) bezeichnen die belastende Situation der Flüchtlinge im Exilland als „ongoing stress“. Diese ist gekennzeichnet durch das Fehlen von Perspektiven, Unsicherheit bezüglich des Aufenthalts, den Gefühlen der ständigen Abhängigkeit, dem Verlieren der gesellschaftlichen Position bzw. gesellschaftlicher Isolation.

4.3 Gesundheitliche Folgen von Folter (Hofer)

Die gesundheitlichen Folgen von Folter betreffen die psychische und die physische Verfassung der Opfer. Die Grenzen physischen, psychischen und sozialen Leidens sind derart verschwommen, dass es schwierig ist, die Auswirkungen von Folter in klarer Abgrenzung voneinander aufzuzeigen (Moser & Frey, 2008, S. 26). Dennoch werden zur besseren Überschaubarkeit in Kapitel 4.3.1 die Folgen auf psychosozialer Ebene und in Kapitel 4.3.2 die somatischen Folgen getrennt beschrieben.

4.3.1 Psychosoziale Folgen für Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebende

„Ziel der ‚modernen‘ Folter ist“, nach Gurris und Wenk-Ansohn (2009, S. 479), „die plan- und absichtsvolle Beschädigung bzw. die Zerstörung der Persönlichkeit der Opfer“. Das Selbst-, Fremd- und Weltvertrauen der Opfer wird in seinen Grundstrukturen zerstört (Janoff-Bulman, 1989 in Birck, 2004, S. 161). Folterungen können eine Vielzahl psychischer Störungen zur Folge haben.

Traumatische Belastung

Erfahrung von Gewalt aufgrund von Folter und Krieg überschreitet in hohem Maße jede Art von „Normalität“ und stellt ein kritisches Lebensereignis dar, welches Trauma genannt wird. (Moser & Frey, 2008, S. 23)

Laut ICD-10 ist ein Trauma „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. (<http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>)

Es handelt sich um ein Trauma, wenn ein Ereignis am eigenen Leib erfahren wird, aber auch wenn es durch Beobachtung oder indirekt durch mündliche Überlieferung miterlebt wird. Eine häufig angewandte Foltermethode ist die Verpflichtung der Opfer Beobachter/innen von Gewalt zu sein. Nahestehende Personen der Folteropfer, die nicht am Ort des Geschehens waren, können ebenfalls traumatisiert sein. (Moser & Frey, 2008, S. 23)

Traumatische Reaktion

Nach Moser und Frey (2008, S. 24) ist eine traumatische Reaktion grundsätzlich eine ganz normale Reaktionsweise auf ein Ereignis, das sich jeglicher Normalität entzieht. Die als normal eingestufte Reaktion auf ein Trauma kann aufgrund stark ausgeprägter und lang andauernder Symptomatik zu einer pathologischen Reaktion werden. In der Grundform der Traumareaktion lassen sich unterschiedliche, in Wechselwirkung stehende Phasen identifizieren. Insgesamt stellen diese Phasen einen „komplexen psychophysischen Abwehrvorgang und Selbstheilungsversuch der Psyche“ dar:

„Exposition mit dem Trauma → Verleugnung und Vermeidung → Wiedererleben → Durcharbeiten → Relativer Abschluss der traumatischen Reaktion.“ (Moser & Frey, 2008, S. 24)

Folter- und Kriegsoffer entwickeln sehr häufig Symptome, die der Grundform einer Traumareaktion entsprechen und werden nach Moser und Frey (2008, S. 25) folgendermaßen beschrieben:

- Wiedererleben
„Das Trauma wird in belastender Weise immer wieder erlebt (Intrusion) in sich aufdrängenden, überflutenden Erinnerungen, im Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wieder gegenwärtig wäre. Die Intrusion kann in Form von Nachhallerinnerungen oder Flashbacks, in Alpträumen sowie in dissoziativen (gespaltenen) Bewusstseinszuständen auftreten.“

- Vermeidung
„Die Symptome der Vermeidung und Intrusion wechseln sich in einem zweiphasigen Grundmuster ab. Die Vermeidung dient zunächst als Schutz vor den überschwemmenden destruktiven Erinnerungen, trägt langfristig aber zu einem chronischen Verlauf bei. Zu den Kernsymptomen der Vermeidung gehören Rückzug, Interesselosigkeit, Erstarrung, emotionale Distanzierung, dissoziatives Ausblenden respektive Wegtreten.“
- Erregung
„Die gesteigerte vegetative und motorische Übererregtheit mit erhöhter Vigilanz, Schreckhaftigkeit, Panik und Schlaflosigkeit ist eine Folge des ständigen Wechsels zwischen den Extremzuständen der Intrusion und Vermeidung.“

Erinnerungen an das Trauma sind im Arbeitsgedächtnis abgelegt und gespeichert. Diese können nach und nach aus dem Arbeitsgedächtnis gelöscht werden, wenn sie wiederholt und vorsichtig nochmals durchlebt werden. Auf diese Weise können traumatische Erfahrungen so gut wie möglich verarbeitet werden. Nimmt die Verarbeitung jedoch eine pathologische Form an, muss der Betroffene zunehmend mehr psychische Energie für die Vermeidung von drängenden Erinnerungen aufbringen. (Moser & Frey, 2008, S. 25)

Traumatisierte Migrant/innen leiden sehr häufig unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese kann diagnostiziert werden, wenn ein nach ICD-10 definiertes Trauma den Stressor darstellt. Die Kennzeichen der PTBS entsprechen grundsätzlich der Grundform einer Traumareaktion mit den bereits genannten Symptomen: Widererleben – Vermeidung – Erregung. (Moser & Frey, 2008, S. 29)

In der ICD-10 wird folgende Charakterisierung der PTBS vorgenommen:

„Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. 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 (F62.0) über.“ (ICD-10, 2014)

„Folterüberlebende entwickeln neben komplexen posttraumatischen oft komorbide Störungen, häufig sind Depressionen, psychosomatische Störungen, Angststörungen und Panikanfälle, dissoziative Störungen, Zwänge, psychogene Essstörungen u.a.“ (Birck, 2004,

S. 161f). Die Opfer neigen zu Substanzenmissbrauch (z. B. Alkohol, Betäubungsmittel) und Chronifizierung von Schmerzen. Bei Folterüberlebenden sind neben den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung folgende Symptome häufig:

- „unspezifische somatische Beschwerden,
- Veränderungen des Bewusstseins (Depersonalisation, Derealisation, Amnesie, bis hin zu dissoziativen psychogenen Anfällen),
- affektive Störungen (dysphorische Verstimmung, schwere Depressionen, chronische Beschäftigung mit suizidalen oder selbstverletzenden Phantasien, explosive oder extrem unterdrückte Wut u.a.),
- veränderte Wahrnehmung des Täters (ständige Rachegeanken, paradoxe Dankbarkeit, Übernahme seiner Weltbilder und Wertesysteme u.a.),
- verändertes Selbstbild (Scham, Schuld, Empfinden eigener Wertlosigkeit und Stigmatisierung, Gefühl völliger Einsamkeit und Entfremdung anderen gegenüber),
- die Veränderung sozialer Beziehungen (Probleme der Nähe-Distanz-Regulierung, Verletzung eigener und fremder Grenzen, sozialer Rückzug und Isolation, unkontrollierbare Aggressivität, Sexualstörungen u.a.),
- der Verlust von Bedeutungs- und Sinnkonzepten (...).

(Birck, 2004, S. 162)

Neben der Persönlichkeit der Opfer wird auch deren soziales Umfeld von den Auswirkungen erschüttert. Kinder werden stark mit Aufgaben belastet, müssen eine Elternrolle einnehmen oder Opfer schränken den Bewegungsradius ihrer Kinder stark ein und geben ihnen keine Freiheiten sich weiterzuentwickeln. In Folge dessen „kann sich eine sekundäre bzw. stellvertretende Traumatisierung ausbreiten und im sozialen Umfeld vielfach abbilden“. (Gurris & Wenk-Ansohn, 2009, S 481)

4.3.2 Somatische Folgen

Moser und Frey (2008, S. 26f) nennen folgende Beschwerden, die bei Arztbesuchen wiederholt genannt oder wahrgenommen werden und vorrangig somatische Symptome darstellen:

- „Rückenschmerzen (...)
- Frakturen (Extremitäten, Schädel, Schlüsselbein)
- Nervenläsionen (...)
- Chronische, belastungsabhängige Schmerzen der Füße, Beine sowie des Rückens nach Falakka
- Venenthrombosen (...)
- Chronisches Kompartmentsyndrom (...)

- Kopfschmerzen (...), Trommelfellperforationen, Tinnitus
- Narben (...)
- Gastrointestinale Beschwerden (Magengeschwüre bei Mangelernährung oder Hungerstreik, chronische Magenbeschwerden, Reizdarm, anale Schmerzen sowie chronische Schmerzzustände des Beckenbodens)
- Bei Frauen nach sexueller Folter: unerwünschte Schwangerschaften, chronische Entzündungen, Zyklusunregelmäßigkeiten und chronische Schmerzzustände des Beckenbodens
- Bei Männern nach sexueller Folter: chronische Infekte und chronische Schmerzzustände
- Unterernährung und Essstörung (als Fortsetzung eines Hungerstreiks oder als Verkörperlichung des Gefangenendaseins)
- Selten: Infekte (Tuberkulose, HIV)
- Zahnschäden und fehlende Zähne (durch Gewalteinwirkung oder Mangel-/Fehlernährung).“

II EMPIRISCHER TEIL

5 Intervention (Hochedlinger, Hofer)

MOVI KUNE – gemeinsam bewegen ist ein Bewegungs- und Sportprojekt, welches im Rahmen einer Studie der Universität Wien (Institut für Sportwissenschaft, Arbeitsbereich Sportpsychologie) in Kooperation mit dem psychotherapeutischen Betreuungszentrums für Folter- und Kriegsüberlebenden *Hemayat* durchgeführt und evaluiert wird. Primäres Ziel ist es, Folter- und Kriegsüberlebende durch Bewegung und Sport – neben psychotherapeutischer Behandlung – zu unterstützen.

Im Zeitraum November 2013 bis Jänner 2014 wurden zwei unterschiedliche Bewegungs- und Sportprogramme angeboten. Die angemeldeten Teilnehmer wurden, auf Anraten der Therapeut/innen, in jeweils eine Frauen- und Männergruppe aufgeteilt. Die Frauen konnten an einem Tanz- und Bewegungsprogramm, welches ein Mal wöchentlich stattfand, teilnehmen. Für die Männer wurde von den beiden Verfasserinnen dieser Diplomarbeit, Johanna und Verena, in Anlehnung an die Idee der Lauftherapie nach Weber und Bartmann, ein Laufprogramm angeboten.

Das Laufprogramm startete am Freitag den 22. November 2013 und endete am 31. Jänner 2014. Insgesamt wurden 17 Einheiten gehalten, 9 Einheiten vor Weihnachten und 8 Einheiten im Jänner. In der Weihnachtszeit wurde eine zweiwöchige Pause eingelegt.

Die Laufintervention wurde durch Edita Lintl, einer Kunsttherapeutin von *Hemayat*, Dr. Clemens Ley, dem Leiter der Abteilung Sportpsychologie und seinem damaligen Praktikanten begleitet.

5.1 Vorbereitung der Intervention

Bevor die Intervention starten konnte mussten vorbereitende Schritte eingeleitet werden. Die Rekrutierung der Teilnehmer stand an erster Stelle und war gefolgt von Interviews mit Therapeut/innen von *Hemayat* und Erstgesprächen mit interessierten Teilnehmern. Zeitgleich ging es um organisatorische Belange wie die Beschaffung von Sportbekleidung und –schuhen, und die Auswahl eines geeigneten Austragungsorts. In der Folge wird der Vorbereitungsprozess genauer beschrieben.

5.1.1 Rekrutierung der Teilnehmer

Die Rekrutierung der Teilnehmer fand über die einzelnen Therapeut/innen von *Hemayat* statt. Es wurde ein Email an alle Therapeut/innen verschickt, welche eine ausführliche Vorstellung des Projekts beinhaltete. In weiterer Folge wurden interessierte Therapeut/innen von der Kunsttherapeutin Edita Lintl, die eng mit den Projektverantwortlichen zusammenarbeitete, erneut kontaktiert und zu einem Interview eingeladen.

5.1.2 Interviews mit den Therapeut/innen

Im Rahmen der Diplomarbeit von Lisa Bardach (2014) wurden zehn Interviews mit interessierten Therapeut/innen von *Hemayat* vom Projektleiter Dr. Clemens Ley und der Studierenden geführt. In diesen Gesprächen wurden wichtige Aspekte, die es bei der Durchführung der Bewegungs- und Sportprogramme mit der Zielgruppe zu beachten galt, herausgearbeitet. Die befragten Therapeut/innen gaben Empfehlungen zu Rahmenbedingungen, Zielsetzungen und möglichen sportlichen Inhalten. Diese erwiesen sich als sehr hilfreich bei der Planung und Durchführung der Programme.

Die Therapeut/innen gaben einstimmig die Empfehlung ab, das Bewegungs- und Sportprogramm in getrennt geschlechtlichen Gruppen anzubieten. Darüber hinaus wurde von mehreren Therapeut/innen angeraten, dass die Kursleiter/innen jeweils die Teilnehmer/innen vom gleichen Geschlecht anleiten sollten. Diesbezüglich wurden jedoch auch gegensätzliche Stimmen gehört. Es wurde über Gesprächstherapien berichtet bei denen es kein Problem darstellte, wenn die Teilnehmer/innen und Therapeut/innen nicht demselben Geschlecht angehörten. Betont wurde vor allem die Wichtigkeit der Wahrung eines professionellen Rahmens, gewisse Kleidervorschriften und Umgangsregeln, insbesondere in Bezug auf Körperkontakt. (Bardach, 2014)

5.1.3 Erstgespräche mit den Teilnehmern

Die Erstgespräche wurden mit den Teilnehmern geführt, die ihr Interesse an einem Bewegungs- und Sportprogramm äußerten und mit jenen, deren Therapeut/innen Bewegung und Sport als empfehlenswert für den jeweiligen Klienten erachteten. Die Erstgespräche wurden von Dr. Clemens Ley, seiner Studienassistentin und der Kunsttherapeutin Edita Lintl geführt. Trotz unterschiedlicher Herkunftsländer der Teilnehmer konnten alle Gespräche auf Deutsch oder Englisch geführt werden. Insgesamt wurden elf Herren befragt. Ziele der

Erstgespräche waren die Ermittlung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes, der sportlichen Vorerfahrungen sowie der Erwartungen seitens der Teilnehmer an das Programm. Weiters dienten die Erstgespräche zur genauen Information der Teilnehmer. Die Wichtigkeit der Aufklärung der Teilnehmer wurde mehrmals in den Interviews von den Therapeut/innen betont, da dies den Teilnehmern zu mehr Sicherheit und Gewissheit verhelfen sollte. Als wichtige Aufklärungspunkte nannten die Therapeut/innen:

- Programmablauf
- Zielgruppe
- Uhrzeit
- Durchführungsort
- Kursleiter/innen
- Ziele und Wirkungen des Programms
- Organisation von Sportbekleidung, anfallende Kosten durch Fahrscheine, etc.
- Regeln für die Teilnahme

(Bardach, 2014)

Die Befragten erhielten ein Informationsblatt und es wurde eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie unterschrieben. Die aktive Teilnahme am Programm erfolgte stets freiwillig und es konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen ausgestiegen werden. Darüber hinaus bat man alle Teilnehmer, bei denen im Zuge des „PAR-Q“ Screening Fragebogens ein „Ja“ geantwortet wurde, eine ärztliche Bescheinigung zu bringen, welche die Unbedenklichkeit der Teilnahme an einem Bewegungs- und Sportprogramm aus gesundheitlicher Sicht bestätigte.

5.1.4 Sportausrüstung organisieren

Im Vorfeld zum Laufprogramm wurden Sportbekleidung und Schuhe für die Teilnehmer/innen gesammelt. Hierfür wurde mittels Plakaten am Zentrum für Sportwissenschaft, in der Nachbarschaft und mittels Online-Aktivierung geworben.

MOVI KUNE – GEMEINSAM BEWEGEN

Liebe Nachbarin, Lieber Nachbar!

Worum geht es?

Wir, Johanna und Verena, starten in Zusammenarbeit mit der Abteilung Sportpsychologie der Universität Wien Mitte Oktober ein Bewegungs- und Sportprogramm für traumatisierte Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebende, um sie zu unterstützen und zu ihrer Integration beizutragen.

Wie kannst du helfen?

Wir benötigen für die Durchführung des Projekts Sportgewand (Indoor und Outdoor – wintertauglich!) und Sportschuhe jeglicher Art und sind dabei auf Spenden angewiesen.

Wenn du Sportsachen zu Verfügung stellen kannst und willst, dann bring sie bitte direkt zu uns: Hertha-Firnberg-Straße 14/1/17, 6.Stock.

Abgabezeiten: täglich ab 19 Uhr

Wir freuen uns auf deine Unterstützung!!

Verena Hofer, Johanna Hochedlinger & Mitarbeiter/innen der Abteilung Sportpsychologie unter der Leitung von Dr. Clemens Ley

Abb. 10 Aktivierung zur Spende von Sportbekleidung



Die Unterstützung von Freunden/innen, Familienmitgliedern, Nachbarn/innen, Bekannten und auch Unbekannten war herausragend. Als Sammelstelle für Sportbekleidung und Schuhe diente das Büro von Herrn Dr. Clemens Ley. Hier konnte zu bestimmten Zeiten Kleidung abgegeben werden. Es wurden Kleidung und Schuhe im Ausmaß eines großen Kastens gesammelt.

Abb. 11: Kasten mit gesammelter Kleidung



Abb. 12: Ein Teil der gesammelten Schuhe

Aufgrund der kalten Jahreszeit, sowie der psychischen und physischen Verfassung der Teilnehmer des Laufprogramms war es vor allem auch wichtig, warme Kleidung, Handschuhe und Hauben zu sammeln. Ein Nachbar spendete Jacken, die im Zuge der Aktivierung zur Nationalratswahl im Einsatz waren. Diese Jacken waren mit einer politischen Botschaft bedruckt und wurden daher, nach Einverständnis des Spenders, mit Stoffstücken übernäht.

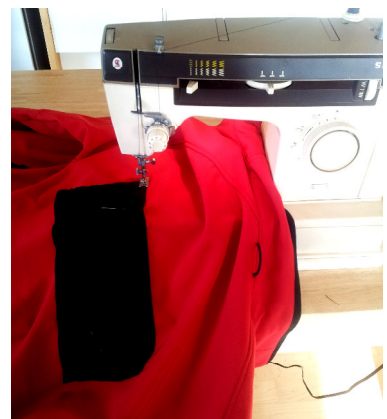


Abb. 13: Laufjacken präparieren

Eine Woche vor Beginn des Laufprogramms wurde die gesammelte Kleidung nach Größe und Verwendungszweck geordnet. Weiters wurde für jeden Teilnehmer des Laufprogramms ein Paket zusammengestellt, welches jeweils zwei T-Shirts, ein Langarmshirt, einen Sweater, eine Jacke, eine lange Hose und ein Paar Laufschuhe beinhaltete.

5.1.5 Austragungsort

In Anlehnung an die Lauftherapie nach Bartmann und Weber sollte das Laufprogramm grundsätzlich im Freien durchgeführt werden, damit das Laufen nicht nur Training ist, sondern auch zum Naturerlebnis wird. Die Schwierigkeit bestand darin, einen geeigneten Ort zu finden, der für alle Teilnehmer gut erreichbar und geeignet für das Programm ist.

In den Interviews betonten die Therapeut/innen die Wichtigkeit die Intervention in einem geschützten bzw. sicheren Raum durchzuführen, der möglichst keine Trauma-Trigger hervorruft. Der Raum bzw. die Sporthalle sollte sich durch Helligkeit und ein angenehmes Ambiente auszeichnen. Sie warnten davor die Intervention in dunklen Räumen im Untergeschoss durchzuführen, da diese häufig Orte der Folter waren. Weiter betonten die Therapeut/innen wiederholt die Relevanz von gut erkennbaren Ausgängen, um den Teilnehmern eindeutig die Freiheit zu geben jederzeit den Raum verlassen zu können. Hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung wurde nahegelegt, zu Beginn in einer geschlossenen Gruppe, die ausschließlich aus der Zielgruppe besteht, zu arbeiten. (Bardach, 2014)

Aufgrund dieser Informationen konnte ein öffentlicher Park oder ähnliches als Austragungsort ausgeschlossen werden, da das Risiko für unvorhersehbare Situationen zu hoch gewesen wäre. Edita Lintl, die Kunsttherapeutin, gab die Empfehlung, das Laufprogramm nicht im Freien durchzuführen, da es ihrer Einschätzung nach zu kalt für die Teilnehmer werden würde. Aufgrund dieser Empfehlung und der ohnehin unsicheren Wetterlage der Wintermonate blieb nur die Möglichkeit das Programm in einer großen Sporthalle durchzuführen. Nach ausführlicher Recherche und Besichtigung einiger Hallen wurde die „Sport & Fun Halle“ in Ottakring gebucht und die erste Einheit des Laufprogramms dort ausgetragen. Aufgrund von organisatorischen Schwierigkeiten und räumlichen Gegebenheiten konnten die folgenden Einheiten nicht in der „Sport & Fun Halle“ stattfinden und es galt erneut eine Halle zu finden. Durch die Unterstützung des Projektleiters Dr. Clemens Ley, konnte eine Halle zwei Mal wöchentlich an den geplanten Kurstagen in der Sportuniversität Wien reserviert werden.



Abb. 14: Halle an der Sportuniversität Wien (<http://www.univie.ac.at/USL-Wien/ueb/lag/ansicht/fotos/USZ/index.htm>)

Die Durchführung der Intervention am Gelände der Sportuniversität Wien eröffnete die Option bei schönem Wetter die Laufbahn auf der Außenanlage zu benutzen und somit die ursprüngliche Idee des Laufens an der frischen Luft umsetzen zu können.



Abb. 15: Laufbahn der Sportuniversität Wien

5.2 Durchführung der Intervention

Die Intervention wurde zwei Mal wöchentlich, dienstags um 14 Uhr und freitags um 11:15 Uhr durchgeführt. Die Einheiten wurden in Zusammenarbeit von Johanna und Verena geplant und in Kooperation angeleitet. An jedem Kurstag erinnerte die Therapeutin alle Teilnehmer per Kurznachricht an die bevorstehende Einheit. Dies hatte zum Einen den Zweck, dass die Teilnehmer den Termin nicht vergessen bzw. verpassen und zum Anderen, dass sie im Fall von Verhinderung absagen würden.

5.2.1 Gliederung einer Einheit

Eine Einheit dauerte 60 Minuten und war stets nach einem wiederkehrenden Muster aufgebaut, um einen festen Rahmen und eine Struktur zu schaffen. Eine Interventionsstunde wurde immer mit einem Anfangsritual eröffnet, bei dem die Befindlichkeit abgefragt wurde. Es folgte ein kurzes Aufwärmen, Schwunggymnastik und Mobilisation der Gelenke, Lauftechnik bzw. Schulung der Körperwahrnehmung, ein freier Laufteil, der von Mal zu Mal um 2 bzw. 3 Minuten gesteigert wurde, und einer abschließenden Dehnsequenz.

Das Tempo beim freien Laufen konnte jeder Teilnehmer stets frei wählen, sodass trotz heterogener konditioneller Fähigkeiten jeder die Möglichkeit hatte die Belastung selbst zu regulieren und Über- oder auch Unterforderung vermieden wurden.

Im Sinne der Nachhaltigkeit des Laufprogramms wurde in der letzten Interventionseinheit bzw. im Anschluss an diese ein vierseitiges Dokument (siehe Anhang) an die Teilnehmer verteilt. Dieses enthält die wichtigsten Informationen über eine gute Lauftechnik, Übungsvorschläge zur Verbesserung der Lauftechnik, sowie grundlegende Dehnungsübungen.

Befindlichkeit reflektieren

Zu Beginn und zum Schluss jeder Einheit wurde der Raum zur Reflektion und freiwilligen Mitteilung der eigenen Befindlichkeit gegeben. In der ersten Einheit wurde die Befindlichkeit mittels Plus, Minus und Welle auf ein Blatt Papier gemalt, in den folgenden Einheiten wurde aus organisatorischen Gründen mit dem Daumen hoch/runter bewertet. Einige Einheiten später wurde eine kunsttherapeutische Methode eingesetzt und in den letzten Interventionsstunden sollte die aktuelle Gefühlslage verbalisiert werden. Die Kunsttherapie wurde von der Therapeutin angeleitet und bestand darin, dass jeder Teilnehmer zu Beginn und zum Schluss der Einheit ein Gefühl auf ein Blatt Papier malte, ohne dies kommentieren zu müssen.

Zusätzliche Schwerpunkte

Aufgrund der Schwierigkeiten der Teilnehmer den eigenen Körper und dessen Signale zu spüren und wahrzunehmen wurde der Fokus im Laufe der Intervention auf die Atmung, das Spüren der eigenen Herzschlagfrequenz und das Lokalisieren von Dehnungen gelegt.

Die Bedeutung der Atmung wurde sowohl in Bezug auf die Leistungsfähigkeit beim Laufen thematisiert, als auch deren Bewusstmachung während des Dehnens forciert. Weiters wurden spezielle Atemübungen, aus dem Bereich des Qi Gongs, angeboten.

Das Spüren und Messen der eigenen Herzschlagfrequenz wurde mehrmals pro Einheit durchgeführt, um einen Unterschied der Frequenz vor und nach einer Belastung herauszuarbeiten und bewusst zu machen. Die Teilnehmer ertasteten den eigenen Herzschlag am Handgelenk und zählten die Schläge mit.

5.2.2 Nachgespräche

Am Ende der Intervention führten der Projektleiter Dr. Clemens Ley und die Therapeutin Gespräche mit den Teilnehmern um zu erfahren, wie sie das Programm bewerteten. Da ein Teilnehmer (Herr H.) in den letzten beiden Einheiten nicht anwesend war, konnte kein Termin mit ihm vereinbart und somit kein Nachgespräch geführt werden. Die anderen Teilnehmer wurden befragt.

Es wurden folgende Fragen gestellt:

- Wie ist es Ihnen in dem Programm ergangen?
- Was war für Sie das Besondere an diesem Programm?
- Sind Sie mit Ihrer eigenen Teilnahme zufrieden?
- Wie haben Sie die Gruppe erlebt?
- Was nehmen Sie mit aus diesem Programm?
- Wenn Sie an den Anfang denken und vergleichen mit jetzt, hat sich etwas bei Ihnen verändert? Welche Veränderungen haben Sie gespürt?
- Haben Sie schon daran gedacht was sie nach Ende des Programms machen?
- Welche Empfehlungen / Vorschläge können Sie uns mit auf den Weg geben? Was können/sollen wir verändern?

5.3 Ziele der Intervention

Eine regelmäßige Teilnahme am zwei Mal wöchentlichen Laufprogramm sollte folgende Wirkungen erzielen:

- Steigerung des Wohlbefindens
- Verbesserung des Selbstkonzepts
- Sensibilisierung für die Körperwahrnehmung
- Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit
- Erwerb von körper- und sportbezogenem Wissen

6 Methode

6.1 Forschungsfragen (Hochedlinger, Hofer)

Aus den formulierten Zielen ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf das psychische, physische und soziale Wohlbefinden der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?
- Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf das Selbstkonzept der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?
- Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf die Körperwahrnehmung der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?
- Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf die Ausdauerleistungsfähigkeit der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?
- Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf das körper- und sportbezogene Wissen der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?

6.2 Stichprobe (Hofer)

Die Stichprobe bestand aus Männern, die bei *Hemayat* in Betreuung sind. *Hemayat* ist ein Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende.

Die Zielgruppe von *Hemayat*

Die Klient/innen stammen aus den unterschiedlichsten Ländern und sind durch Folter- oder Kriegserfahrungen traumatisiert. Diverse Sozialeinrichtungen wie beispielsweise Caritas oder Amnesty International helfen den Betroffenen einen Betreuungsplatz bei *Hemayat* zu bekommen. Teilweise erfahren die Klient/innen aber auch durch mündliche Überlieferung von dem Betreuungszentrum und kommen von alleine dort hin. Die Leistungen, die bei *Hemayat* für die Klient/innen erbracht werden, sind kostenlos und für jedermann zugänglich. (<http://www.hemayat.org/hemayat-hilft/zielgruppe/allgemein.html>)

Die Teilnehmer des Laufprogramms

Insgesamt nahmen sechs Männer am Laufprogramm teil. Es folgen Informationen, die Auskünfte über die Lebensgeschichten und die gesundheitliche Ausgangslage der Männer, die öfter als ein Mal am Programm teilnahmen, liefern. Diese stammen aus den Aufzeichnungen der Therapeut/innen des Betreuungszentrums *Hemayat*.

Herr M. stammt aus Afghanistan und ist 28 Jahre alt. Sein Aufenthaltsstatus in Österreich lautet „Humanitärer Aufenthalt nach § 8 und § 15“. Er ist 2001 in Afghanistan mit den Taliban in Konflikt gekommen. Er besuchte in seinem Land keine Religionsschule, deshalb wurde er für ungläubig gehalten. Er war Klassenbester und wollte immer studieren. Die Taliban wollten Herrn M. zu einem Selbstmordattentäter ausbilden lassen. Er ist geschlagen worden, seine Sehne wurde mit Glas durchtrennt, er erfuhr viel Gewalt. Herr M. floh daraufhin in den Iran und blieb ca. ein Jahr dort. Er wurde von seinem Vater kontaktiert, der ihm mitteilte, dass die Taliban bis in den Iran Einfluss haben. Deshalb floh Herr M. nach Österreich. Seit den Vorfällen in Afghanistan leidet Herr M. an chronischen Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Des Öfteren plagen ihn Augen- und Ohrenschmerzen. Nachts kann er nicht schlafen, weil er Alpträume hat. Häufig träumt er, dass er mit einer Waffe verfolgt wird. Herr M. ist traurig, depressiv und manchmal hegt er Selbstmordgedanken. Wenn es ihm sehr schlecht geht, verletzt er sich selbst. Beispielsweise beißt er sich selbst, um sich wieder zu spüren. Er leidet massiv unter Konzentrationsschwierigkeiten. Herr M. meinte, dass er lachen kann, aber er fühle dabei keine Freude im Herzen.

In Österreich suchte er viele Ärzte auf und machte zahlreiche Untersuchungen, doch die Ärzte fanden keine Ursache für seine Schmerzen. Es wurden ihm Psychopharmaka verschrieben. Aufgrund der Schmerzen ist er arbeitslos. Er leidet sehr unter seiner Arbeitslosigkeit. Er besucht Kurse beim AMS. Herr M. erzählte, dass er nicht mit anderen Afghanen in Kontakt treten wolle.

Herr M. nahm zwölf Mal am Laufprogramm teil.

Herr S. stammt aus Afghanistan und ist 24 Jahre alt. Sein Aufenthaltsstatus in Österreich lautet „Asylwerber“. Herr S. hatte eine schwere Kindheit. Seine Eltern starben durch Kriegsverletzungen. Er wurde in seinem Elternhaus überfallen und gefoltert. Ihm wurde die Hand gebrochen, Zähne ausgeschlagen und der Kopf verletzt. Außerdem wurde er vergewaltigt. Die Besitztümer des Elternhauses wurden geraubt. Herr S. floh in den Iran, dann nach Griechenland und von dort nach Österreich. In Österreich wurde er nach Griechenland abgeschoben, daraufhin floh er nach Ungarn und beantragte Asyl. In Ungarn

kam Herr S. ins Gefängnis, wo er misshandelt wurde. Aufseher des Gefängnisses sprühten eine Substanz in seine Augen, dadurch habe er einige Zeit schlecht gesehen. Herr S. floh wieder nach Österreich, seither wird er zwischen den Ländern hin und her geschoben. Er hat große Angst die Kontrolle über sein eigenes Leben zu verlieren. Bei Herrn S. sind die Trauma spezifischen Symptome des Wiedererlebens (Folter, Vergewaltigung), der Vermeidung und der Übererregung stark ausgeprägt. Begleiterscheinungen davon sind: Versagen der Stimme, Verspüren eines Engegefühls im Hals, Angst vor Schlaf, Alpträume (er träumt oft, dass er von scharfen Hunden verfolgt oder dass er vergewaltigt wird), intensives Angsterleben bei Konfrontationen mit der Polizei oder sonstigen uniformierten Personen, Angst vor hinterhältigen Übergriffen und Vergewaltigung, Taubheitsgefühl, brennendes Gefühl auf der Stirn, Schmerzgefühl im ganzen Körper, Kopfschmerzen, Schwindel. Herr S. fühlt sich abgestumpft und leer. Er ist sehr wachsam und beobachtet die Personen in seiner Umgebung sehr genau. Er verspürt eine große Wut über die Entwicklung seines Lebens, will aber niemandem zur Last fallen. Herr S. hat eine sehr schwere Form der Traumatisierung und ist stark suizidgefährdet. Er ist nervös, körperlich unruhig und weint immer wieder. In Gesprächen versucht er die Selbstmordgedanken zu verdrängen. Er hat eine stark depressive Grundstimmung und sein Misstrauen gegenüber seinen Mitmenschen ist hoch.

Herr S. nahm sechs Mal am Laufprogramm teil.

Herr H. stammt aus Afghanistan und ist 41 Jahre alt. Sein Aufenthaltsstatus in Österreich lautet „Asylwerber“. Seit seiner Kindheit ist Herr H. mit Gewalt und Gefahr konfrontiert worden. In Afghanistan war sein Leben akut in Gefahr, deshalb floh er mit seiner Familie aus dem Land. Auf der Flucht verlor er seine Tochter, was ein großer Schock für Herrn H. war. Seine Tochter wurde wieder gefunden und nun lebt er mit seiner Frau, seinen zwei Kindern und den zwei Kindern seines verstorbenen Bruders in Österreich. Herr H. hat immer wieder Flash-Backs, er kann die Geschehnisse der Vergangenheit nicht vergessen. Er meinte, sein Körper sei der Gefahr entkommen, aber sein Geist nicht. Er ist kontrolliert, immer in Alarmbereitschaft und kann nicht tief schlafen. Er ist geprägt von Hoffnungslosigkeit und traf die Aussage, er komme von einem Gefängnis ins andere, da er auch in Österreich nicht viele Perspektive hat. Herr H. fühlt sich angespannt und leidet häufig unter starken Kopfschmerzen. Die Lösung seiner Probleme sieht er oftmals in der Sehnsucht nach dem Tod. Er hoffe manchmal, er wäre in Afghanistan umgebracht worden, dann hätte er jetzt weniger Probleme.

Herr H. nahm acht Mal am Laufprogramm teil.

Herr W. stammt aus Pakistan und ist 39 Jahre alt. Sein Aufenthaltsstatus in Österreich lautet „Asylwerber“. Herr W. war in Pakistan politisch tätig, wodurch er Stress bekam und mehrmals in gewaltsame Konflikte geriet, bei denen er massiv verletzt wurde. Er kam ins Krankenhaus und musste operiert werden. Aufgrund seiner politisch verursachten Probleme war seine Familie in Gefahr und Herr W. musste das Land verlassen. Er ließ seine Frau und seine vier Kinder in Pakistan zurück. Herr W. fällt es sehr schwer über seine Vergangenheit und die Vorfälle in Pakistan zu erzählen. Bei ihm wurde eine schwere posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Er zeigt ein massives Vermeidungsverhalten, ist ängstlich und nervös. Er leidet unter Merk- und Orientierungsstörungen, Bewusstseinsengung, der Unfähigkeit Reize zu verarbeiten und Übererregung. Er selbst beschreibt sich als hilf- und hoffnungslos. Er drückt oftmals eine Todessehnsucht aus und ist latent suizidgefährdet. Herr W. erscheint in seiner Mimik und Gestik eingeschränkt. Es sei eine große Belastung für ihn, dass er sich nichts merken könne. Er gab an, oftmals ein großes Bedürfnis zu sprechen zu verspüren.

Herr W. nahm vierzehn Mal am Laufprogramm teil.

Herr U. stammt aus Tschetschenien und ist 31 Jahre alt. Er nahm ein Mal am Laufprogramm teil.

Herr N. stammt aus Afghanistan und ist 20 Jahre alt. Er nahm ein Mal am Laufprogramm teil.

6.3 Forschungsinstrument (Hochedlinger)

Im Folgenden werden das Forschungsinstrument der teilnehmenden Beobachtung sowie die tatsächliche Herangehensweise der beiden Forscherinnen beschrieben. Im Anschluss werden alle Beobachter/innen kurz mit einigen Worten vorgestellt.

6.3.1 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist eine Methode aus dem sozialwissenschaftlichen Kontext und wird vor allem in schwer zugänglichen Bereichen und neuen Forschungsfeldern eingesetzt. Eine Grundvoraussetzung und Methode der Beobachtung stellt das Fremdverstehen dar. Dieses Verstehen kennzeichnet sich durch die Kombination aus analytischem und kognitiv-betrachtendem Verstehen, d.h. der wissenschaftlichen

Beobachtung sowie aus pragmatischem und emotional-teilnehmendem Verstehen, d.h. der alltäglichen Beobachtung. (Lamnek, 2010, S. 502)

Nach Lamnek (2010, S. 503) liegt „das soziale Handeln von Individuen oder Gruppen“ im Fokus der Beobachtung. Die gewonnen Daten lassen sich im weiteren Verlauf durch Befragungen absichern, um deren Gültigkeit zu gewährleisten.

In der folgenden Abbildung sollen die unterschiedlichen Formen der Beobachtung dargestellt werden, damit in der Folge, die während des Laufprogramms durchgeführte Form der Beobachtung positioniert werden kann.

Differenzierungsdimension	Formen der Beobachtung	
Wissenschaftlichkeit	naïve	systematische
Standardisierung	unstrukturierte, nicht-standardisierte	strukturierte, standardisierte
Transparenz	offene	verdeckte
Beobachterrolle	teilnehmende	nicht teilnehmende
Partizipationsgrad	aktiv teilnehmende	passiv teilnehmende
Realitätsbezug	direkte	indirekte
Natürlichkeit der Situation	Feldbeobachtung	Laborbeobachtung

Abb. 16: Beobachtungsformen (Lamnek, 2010, S. 513)

Die teilnehmende Beobachtung in einem qualitativen Forschungsinteresse ist laut Lamnek (2010, S. 515) oftmals unstrukturiert beziehungsweise wird diese auch „nicht standardisierten Beobachtung“ genannt. Das wesentliche Kriterium hierfür ist der Zeitpunkt an dem die Kategorien und Hypothesen gebildet werden. Bei der nicht standardisierten Beobachtung findet dieser Prozess bei der Datenerhebung oder im Rahmen der Datenauswertung statt.

Trotz der Tatsache, dass der/die qualitative Forscher/in ohne vorab konkret definierte und festgelegte Kategorien arbeitet, wird sein/ihr Forschungsinteresse von bestimmten Vorstellungen und Annahmen beeinflusst und somit rücken bestimmte Inhalte in den Beobachtungsfokus. Diese so genannten Beobachtungseinheiten entstehen spontan und veränderbar aus den im Feld stattfindenden Prozessen. Die komplexen Einheiten werden dann im Zuge der Analyse aufgegliedert, so Siegfried Lamnek (2010, S. 536f).

Die Rolle des/r Beobachters/in kann nach Schwartz und Schwartz (1955) und Gold (1958) (in Lamnek, 2010, S. 523-526) in vier Typen unterteilt werden, die sich „nach der Intensität der

Beobachtung bzw. (...) der Identifikation mit dem zu untersuchenden Feld [voneinander unterscheiden]:

- 1) Völlige Identifikation mit dem Feld (vollständige Teilnahme),
- 2) Teilnehmer als Beobachter
- 3) Beobachter als Teilnehmer
- 4) reine Beobachter ohne Interaktion mit dem Feld (vollständige Beobachtung).“

Im ersten Fall, der völligen Identifikation mit dem Feld, sind den beobachteten Teilnehmern/innen die tatsächliche Identität des/r Beobachters/in und der Zweck dessen/deren Teilnahme unbekannt, wodurch hier eine verdeckte Beobachtung stattfindet.

Im zweiten Fall, der/die Teilnehmer/in als Beobachter/in auch Pseudoteilnehmer/in genannt, besteht der Unterschied zum ersten Fall darin, dass Teilnehmer/in und Beobachter/in von der vorhandenen Feldbeziehung wissen.

Im dritten Fall, der/die Beobachter/in als Teilnehmer/in, ist der/die Beobachter/in vorrangig ein/e formale/r Beobachter/in und in das soziale Geschehen eher weniger integriert. Dies soll das Risiko der Sozialisierung in das zu untersuchende Feld vermindern.

Im vierten Fall, des/r reinen Beobachters/in ohne Interaktion mit dem Feld, versucht der/die Forscher/in zur Gänze unerkannt seine/ihre Beobachtung durchzuführen.

Die Rolle der Beobachter/innen bei der vorliegenden Forschung entsprach weitgehend dem zweiten Fall. Die Beobachter/innen waren zugleich als Teilnehmer im Laufprogramm aktiv und verschriftlichten ihre Eindrücke im Anschluss an die jeweiligen Einheiten. Die tatsächlichen Teilnehmer des Laufprogramms wussten über die Feldbeziehung Bescheid.

Das Verhalten der Beobachter/innen muss bei der teilnehmenden Beobachtung einigen Regeln Folge leisten. Es werden an dieser Stelle drei wichtige aufgezeigt: (1) Es gilt als wichtigste Regel die Störungen und Veränderungen im Feld durch das Beobachterverhalten auf ein Minimum zu reduzieren. (2) Die teilnehmende Beobachtung stellt keinen Anspruch auf Objektivität. (3) Es liegt im Bemühen der teilnehmenden Beobachter/innen korrekte und unverzerrte Beobachtungen zu machen, um somit Wahrnehmungsfehler, die aufgrund von Vorwissen bestehen, gering zu halten. (Lamnek, 2010, S. 544f)

6.3.2 Vorgehensweise der Forscherinnen

Unter Zuhilfenahme der Löwener Beobachtungsskalen (LOVIPT-A / LOVIPT-S) und der Weinsberger Skalen zur Bewegungsbeobachtung (WSBB) wurde vorab ein Beobachtungsleitfaden erstellt, welcher sieben Punkte umfasste. Dieser wurde zur Orientierung an die teilnehmenden Beobachter/innen ausgeteilt.

Beobachtungsleitfaden Laufprogramm	
1. Soziales	z.B.: (non)verbale Kommunikation mit anderen TN / Leiterinnen Positionierung in Gruppe / im Raum Körperkontakt zwischen TN Blickkontakt Kontaktverhalten zwischen TN unterschiedlicher / gleicher Kultur
2. Selbstkonzept	z.B.: Selbsteinschätzung: Selbstüberschätzung/Selbstsicherheit/keine Selbstsicherheit Initiative bei Übungen / Anleitung übernehmen / Vorschläge bringen eigene / fremde Leistungsbewertung
3. Wohlbefinden	z.B.: Stimmungswechsel beobachtetes positives / negatives Erleben affektives Erleben (Angst, Freude,...)
4. Aktivität	z.B.: Ausmaß an Aktivität am Übungsprogramm (hyperaktiv, aktiv, passiv) sporadische / durchgehende Teilnahme an Aktivitäten Eigeninitiative vorhanden / Ermutigung erforderlich
5. Spannung / Anspannung – Entspannung	z.B.: Ausmaß an Spannung in Körperhaltung und Bewegung Bewegungsverhalten ist eckig / flüssig / kraftlos / schlaksig Oberkörper- / Schulterhaltung, Kopf- / Armposition, Schrittlänge etc.
6. Bewegungsausdruck (emotionaler Körperausdruck)	z.B.: Mimik / Gestik Körperhaltung in unterschiedlichen Situationen Bewegungsausdruck in unterschiedlichen Situationen z.B. bei Erfolg/Misserfolg
7. Besondere Vorkommnisse	z.B.: Trauma-Trigger Probleme Konflikte

Abb. 17: Beobachtungsleitfaden

6.3.3 Die teilnehmenden Beobachter/innen

Johanna Hochedlinger, in Folge „Übungsleiterin J.“ genannt, ist angehende Lehrerin mit den Fächern Bewegung & Sport und Spanisch. Sie ist selbst begeisterte Läuferin und als „Laufsportexpertin“ eines bekannten Sportartikelherstellers bringt sie Erfahrung im Bereich des Laufsports mit.

Verena Hofer, im weiteren Verlauf bezeichnet als „Übungsleiterin V.“, befindet sich ebenfalls am Ende ihres Lehramt Studiums mit den Fächern Bewegung & Sport und Psychologie & Philosophie. Sie läuft auch gerne und ist außerdem die Trainingspartnerin von Johanna.

Clemens Ley, der Leiter der Abteilung Sportpsychologie des Instituts für Sportwissenschaft, wird unter dem Synonym „Beobachter C.“ geführt.

Manuel Podlecki, der zur Zeit der Durchführung der Intervention ein Praktikum bei Clemens Ley absolvierte, wird in weiterer Folge auch „Beobachter M.“ genannt. Er ist Student der Psychologie.

Katharina Frisch, war während der Laufintervention Studienassistentin an der Abteilung Sportpsychologie und wird als „Beobachterin K.“ bezeichnet.

Edita Lintl ist Kunsttherapeutin und Trauma-Expertin und wird in der Arbeit unter der Bezeichnung „Therapeutin“ geführt. Sie ist Mitglied des Behandlungsteams von *Hemayat*, dem Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende.

Wenn in Folge nicht explizit die Rede von den Übungsleiterinnen oder der Therapeutin sondern von den „Beobachter/innen“ ist, so sind die eben genannten miteingeschlossen.

6.4 Kategorien (Hochedlinger, Hofer)

Der Beobachtungsleitfaden wurde während der Intervention und im Zuge der Datenanalyse und -auswertung adaptiert. Es wurden folgende Kategorien festgelegt:

6.4.1 Wohlbefinden

Der Begriff des Wohlbefindens steht in direktem Zusammenhang mit Gesundheit. Die World Health Organisation (WHO) bezeichnet Gesundheit als „A state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease ...“ (WHO, 1997, S.1).

Diese Kategorie wird in Anlehnung an die Definition der WHO in physisches und psychisches sowie soziales Wohlbefinden geteilt. Es wurden innerhalb dieser Kategorie das beobachtete positive oder negative Erleben, das affektive Erleben wie Angst, Freude, etc. oder Stimmungswechsel besprochen, da diese Hinweise sein können für Wohl- bzw. Unwohlbefinden. Auch wahrgenommene oder thematisierte physische oder psychische Beschwerden und das Ausmaß an Spannung im Körper wurden im Sinne eines Unwohlbefindens in dieser Kategorie diskutiert. Des Weiteren fallen Beobachtungen bzw. Aussagen über das Sozialverhalten der Teilnehmer wie die Interaktion mit anderen Teilnehmern oder Beobachter/innen im Sinne der wahrgenommenen Gruppenatmosphäre in diese Kategorie. Innerhalb des sozialen Wohlbefindens wurde auch die Genderthematik diskutiert, die sich durch das Anleiten zweier Frauen von einer Männergruppe ergab und somit stets präsent war. Die Kommunikation und auch die Hilfsbereitschaft der Teilnehmer untereinander und mit den Leiter/innen und Beobachter/innen wurden ebenfalls mit dem sozialen Wohlbefinden in Verbindung gebracht. Weiter wurden Aussagen die von einer Interaktion während des Laufens handeln hier besprochen und kritisch beleuchtet. Als Zeichen für soziales Wohlbefinden wurde außerdem das Vertrauen in die Gruppe gesehen und somit wurde auch hier kritisch reflektiert und die unterschiedlichen Auffassungen verglichen.

6.4.2 Selbstkonzept

In der Psychologie versteht man unter dem Begriff des Selbstkonzepts „das Wissen und die Überzeugungen eines Individuums über sich selbst – seine Ideen, Gefühle, Einstellungen und Erwartungen“ (Pajares & Schunk, 2011 zit. n. Woolfolk, 2008, S. 107). Weiters erklärt Woolfolk (2008, S. 107): „Wir könnten das Selbstkonzept als Versuch ansehen, uns selbst für uns selbst zu erklären, um ein Schema aufzubauen (im Sinne Piagets), das unsere Eindrücke, Gefühle und Überzeugungen von uns selbst strukturiert. Aber dieses Schema ist

nicht dauerhaft fixiert, integriert oder unveränderbar. Unsere Selbstwahrnehmungen variieren von Situation zu Situation und von einer Phase unseres Lebens zur anderen.“

In dieser Kategorie wurde beispielsweise die Selbsteinschätzung und Selbstregulierung der Teilnehmer besprochen, die durch die Wahl des Lauf tempos und Aktivierungsniveaus sichtbar wurden. Darüber hinaus wurden Wahrnehmungen der Beobachter, die Auskunft über die Selbstsicherheit bzw. keine oder wenig Selbstsicherheit geben, herausgearbeitet. Hier wurde im Speziellen über Selbstoffenbarung, die sich in Verhaltensweisen wie dem Verbergen von Schwäche und dem Äußern von Versagensängsten zeigte, reflektiert. Weiters wurden beobachtete Inhalte, die das Sich Einbringen in die Anleitung thematisieren und Hinweise auf Selbstsicherheit oder –unsicherheit sein könnten, innerhalb dieser Kategorie diskutiert. Die eigene und fremde Leistungsbewertung, die durch getroffene Aussagen der Teilnehmer sowie nonverbal (z.B. lachende Gesichter) zum Ausdruck gebracht wurden, stellen ebenfalls einen Aspekt der Kategorie Selbstkonzept dar.

6.4.3 Motivation

Nach Trimmel (2003, S. 16) sind Motive „überdauernde Dispositionen, welche das Verhalten bestimmen (Verhaltensdispositionen) und somit ein Individuum charakterisieren“. Das zentrale Motiv für Läufer/innen stellt laut einer von Weber durchgeführten Befragung die Erhaltung oder Wiederherstellung der seelischen Balance dar (vgl. S. 17).

„Motivation bezeichnet die Gesamtheit der emotionalen, kognitiven und physiologischen Prozesse, sowie jene Effekte, welche das Verhalten steuern und antreiben. Durch den aktuellen Zustand des Motiviertseins (...), werden Wahrnehmungen, sowie kognitive und motorische Funktionen aktiviert und der weitere Verlauf der Aktivität reguliert. Nach Heckhausen (1989) sind mit Motivation vor allem jene Prozesse und Effekte gemeint, welche durch gegebene oder aufgesuchte Situationen, antizipierte Anreize und erwartete Folgen des eigenen Handelns verursacht sind. Somit betont der Motivationsbegriff die Person-Umwelt-Interaktion.“ (Trimmel, 2003, S.17)

Diese Kategorie beinhaltet beobachtete Verhaltensweisen, die Auskünfte über die Motivation der Teilnehmer liefern. Vorfriede der Teilnehmer auf das Programm, (über)pünktliches Erscheinen und das Ausmaß an Aktivität (z.B. durchgehende Mitarbeit an allen Inhalten und Übungen) und Engagement während des Programms ließen auf die Motivation der Teilnehmer bzw. auf positive Konsequenzerwartungen an Bewegung und Sport ihrerseits schließen. Beobachtete sportliche Eigeninitiative, die sich in der freiwilligen Wiederholung von Übungen oder das Nützen der Pausen für zusätzliche Bewegung zeigte, wurde als Zeichen für die Motivation der Teilnehmer interpretiert. Wahrgenommenes Interesse der

Teilnehmer an sportlichen Inhalten und Informationen, welches sich durch das Hinterfragen von Inhalten und in der Teilnahme an Gesprächen äußerte, wurde ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet.

6.4.4 Körperwahrnehmung

Dieser Kategorie wurden notierte Aussagen der Beobachter/innen, die im Zusammenhang mit der Körperwahrnehmung der Teilnehmer stehen, zugeordnet und diskutiert. Beispielsweise ließen die Messung der Herzschlagfrequenz am eigenen Körper und damit verbundene Schwierigkeiten Rückschlüsse auf die Körperwahrnehmung der Teilnehmer zu. Unterschiedliche Aussagen der Beobachter/innen über die Umsetzung von Atemübungen lieferten weitere Informationen bezüglich der Körperwahrnehmung und wurden innerhalb dieser Kategorie behandelt. Während der Mobilisierung und Dehnung bestimmter Körperteile sowie dem Nachspüren und Reflektieren im Anschluss an Übungen und Spielen konnten Eindrücke über die Körperwahrnehmung der Teilnehmer gewonnen werden, die im Zuge der Diskussion in dieser Kategorie miteinander verglichen wurden.

6.4.5 Bewegungsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten

Auskünfte über die bewegungsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmer wurden in Gesprächen mit diesen sowie durch Beobachtungen während der Einheiten gesammelt. Die Informationen über sportliche Vorerfahrungen der Teilnehmer wurden in der Kategorie dargestellt und dienten als Erklärung für unterschiedliche konditionelle und koordinative Fähigkeiten. Unterschiedliche konditionelle Fähigkeiten ließen sich in den individuellen Laufgeschwindigkeiten der Teilnehmer erkennen. Schilderungen der Beobachter/innen über die Anstrengung der Teilnehmer während des Laufens (z.B. schwerfälliger Atem, schlechter werdende Lauftechnik) wurden ebenfalls in Zusammenhang mit den konditionellen Fähigkeiten gesetzt. Häufig wurde über Schwierigkeiten der Teilnehmer mit koordinativen Übungen berichtet, die als Defizite im Bereich der koordinativen Fähigkeiten in diese Kategorie fallen.

6.4.6 Sprachprobleme

Diese Kategorie umfasst geschilderte Situationen, in denen es aufgrund von Sprachproblemen der Teilnehmer zu Missverständnissen, Unklarheiten, falscher Übungsausführung, regelabweichenden Spielabläufen oder ähnlichem kam.

6.4.7 Rahmenbedingungen

Notierte Beobachtungen betreffend räumlicher, zeitlicher, organisatorischer sowie geschlechtsbezogener Rahmenbedingungen sind dieser Kategorie angehörig. Beispielsweise wurden innerhalb der Kategorie die Problematik des Zuspätkommens sowie daraus resultierende Raumprobleme bearbeitet. Weiters wurde auch in dieser Kategorie die Genderthematik behandelt und die Meinungen der Teilnehmer zu diesem Thema dargestellt.

6.4.8 Programminhalt

In dieser Kategorie befinden sich Aussagen, die über den Programminhalt getätigt wurden und Großteils als Verbesserungsvorschläge gedeutet wurden. Auch positive Anmerkungen der Beobachter/innen über gelungene Inhalte finden sich hier. Weiters wurden Empfehlungen und Programmvorschläge der Teilnehmer aufgenommen.

6.5 Datenproduktion (Hofer)

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtung wurden von den Beobachter/innen Tagebücher verfasst, die den Hauptbestandteil der Daten ausmachten. Nicht immer konnten alle Beobachter/innen an allen Einheiten teilnehmen, daher ergibt sich insgesamt eine Zahl von 52 Tagebüchern. Weiters wurden die Notizen aus den Erstgesprächen mit den Teilnehmern in einem Dokument verschriftlicht. Mit drei Teilnehmern wurden Nachgespräche geführt, die ebenfalls zur Datenproduktion beitrugen. So entstand eine Gesamtzahl von 56 Dokumenten, die es zu analysieren und auszuwerten galt.

6.6 Datenanalyse (Hofer)

Die produzierten Daten wurden mit Hilfe der Software ATLAS.ti 7.0 für Windows.XP/Vista/7 EN analysiert.

Das Software-Paket ATLAS.ti bietet die Möglichkeit eine große Anzahl von Daten in Form von Dokumenten, Notizen und Multimedia Dateien zu extrahieren, kategorisieren und in sinnvolle Verbindungen zueinander zu bringen.

Im ersten Schritt wurden die Dokumente in das Softwareprogramm hinzugefügt um in weiterer Folge auf die Vorzüge des Programms zurückgreifen zu können. In nächsten Schritt wurden die Daten kodiert, das bedeutet es wurden die Aussagen aus den Dokumenten als Zitate markiert und bestimmten Kategorien/Codes zugeordnet. Innerhalb dieses Prozesses

kam es immer wieder zu Umstrukturierungen und zur Bildung von Unterkategorien, die die Auswertung der Daten erleichtern sollten. Im Sinne der Triangulation wurden die Aussagen der unterschiedlichen Beobachter/innen miteinander verglichen und hinsichtlich ihrer Gleichheit und Unterschiedlichkeit ausführlich diskutiert.

7 Ergebnisse und Diskussion

Es folgt eine detaillierte Darstellung und umfangreiche Diskussion der Ergebnisse, die aus den Beobachtungen zusammengetragen wurden. Diese werden den Kategorien entsprechend abgehandelt.

7.1 Wohlbefinden (Hofer)

7.1.1 Physisches und psychisches Wohlbefinden

Zunächst werden Anzeichen für ein eingeschränktes Wohlbefinden bzw. Missbefinden der Teilnehmer dargestellt, in Form von wahrgenommenen oder angesprochenen Beschwerden und im Hinblick auf das Ausmaß an Spannung im Körper. Anschließend werden Beobachtungen dargeboten, die auf eine Verbesserung des physischen und psychischen Wohlbefindens durch die Teilnahme am Laufprogramm hinweisen.

Physische und Psychische Beschwerden

Durch die Erstgespräche mit den Teilnehmern konnten unter anderem Informationen über ihren physischen und psychischen Gesundheitszustand gewonnen werden, welcher als sehr heterogen eingeschätzt wurde (13. Nov. – 53:1). „Mehrere Teilnehmer erzählen, dass sie viele Ärzte aufgesucht haben, wegen Schmerzen und Verdacht auf physische Probleme, aber die Ärzte haben gesagt, dass sie nichts finden. Wir finden also viele Somatisierungen von psychischen Problemen. Körperliche Schmerzen scheinen auch dann eher aufzutreten, wenn die Teilnehmer unter Stress oder Anspannung stehen.“ (13. Nov. – 53:2). Der Interviewer berichtete von zwei Herren, die „physisch sehr angeschlagen [sind], der eine mit Granatsplittern im Fuß und Prothese im anderen Fuß, und der andere mit Bandscheibenproblemen. Doch diese beiden Herren zeigen sich sehr motiviert (...)“ (53:3). Er äußerte seine Bedenken bezüglich der Teilnahme dieser Herren am Laufprogramm, ist aber der Meinung, „dass sie unheimlich stark von dem Bewegungsprogramm profitieren könnten, nicht nur durch den sozialen Kontakt (...), sondern auch durch sich in Bewegung sehen und spüren, etwas aktiv machen zu können (...)“ (53:3). Im Gegensatz zu den eben

beschriebenen Herren werden zwei Männer als „eher fit“ und geeignet für längeres Laufen eingeschätzt (53:4). Viele der Interviewten wiesen auf Vorerfahrungen im Kampfsport hin, fügten aber hinzu, dass sie schon längere Zeit nicht mehr aktiv waren. Manche gaben als Grund an, „dass sie körperlich jetzt nicht (mehr) in der Lage sind. Andere nehmen eher Bezug auf persönliche Barrieren (Leben in der Isolation, Kosten), keinen Plan zu haben (wo Sport zu treiben), keine Möglichkeiten zu haben oder keine Möglichkeiten wahrzunehmen oder sich nicht aufrufen können“ (53:7). Der Interviewer hielt einige der Herren für „hart im nehmen“ und meinte, dass sie „eine hohe Schmerztoleranzschwelle“ besitzen (53:11). Für das Programm bedeutet dies auf mögliche Überforderungen zu achten um „negative Erfahrungen (z.B. Schmerzen am nächsten Tag)“ zu vermeiden (53:11). Ein Teilnehmer zeigte sich als „suizid-gefährdet“ (53:13). „Er macht einen sehr verzweiferten Eindruck. Er beschreibt wie er seine Familie verloren hat und seither auf Flucht ist. (...) Er beschreibt dies mit einem fürchterlichen Ausdruck von Leiden und Verzweiflung. (...) Das Programm würde ihm sicherlich sehr gut tun, da soziale Kontakte und sich auf andere Gedanken bringen ihm gut tun würden.“ (53:13).

Während der Intervention wurden zeitweise diverse Beschwerden von den Teilnehmern angesprochen oder von den Beobachter/innen wahrgenommen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die beiden „physisch angeschlagenen“ Herren nie am Programm teilnahmen. Der Grund dafür ist unbekannt.

Nach der ersten Einheit notierte die Übungsleiterin V., dass ein Teilnehmer eine Dehnungsübung nicht machen konnte, da er Probleme mit seinem rechten Arm bzw. der Schulter hatte (22. Nov. – 24:14). Außerdem teilte Herr U. dem Beobachter M. mit, „er [habe] Probleme beim Baggern [Anm. d. Verf.: Volleyball], weil sein Arm schmerzt“ (22. Nov. – 49:2). Auch ein anderer Teilnehmer berichtete vor Beginn einer Einheit von „Schmerzen am linken Arm ausgehend von dem Nacken“ (Beobachter C., 26. Nov. – 7:30). Herr H. erzählte weiters, dass „dieser immer wieder komme. Er meinte, es komme davon, wenn er zu viele Gedanken habe“ (Übungsleiterin J., 26. Nov. – 41:3). In einer anderen Einheit musste Herr H. frühzeitig das freie Laufen beenden, „da er Schmerzen im Oberschenkel verspürt. Anfangs hatte er auch Kopfschmerzen, die sind jedoch nach dem Laufen verschwunden. Zu hause in den Ferien haben ihn viele schlechte Gedanken geplagt“, erzählte er der Therapeutin am Ende der Stunde (10. Jan. – 13:14). Aufgrund seiner „schlechten Gedanken“ litt Herr H. unter Schlafproblemen. „Er hat seit 2 Tagen nicht geschlafen und sein Kopf tut ihm weh. Er hat wieder viele Bilder von früher im Kopf, kann die quälenden Erinnerungen nicht vergessen. (Letzte Woche war er nicht da auf Grund der Gedanken und Schmerzen)“ (Therapeutin, 20. Dez. – 16:19). Sein Schlafmangel machte sich in dieser Einheit bemerkbar, denn die Übungsleiterin J. nahm Herrn H. als „eher ruhiger [wahr], er spielte mit, sein Gesichtsausdruck war aber ernst und seine Augen wirkten schwer. Herr H. wirkte müde und

bewegte sich nicht so viel wie Herr W.“ (20. Dez. – 38:6). Einmal klagte Herr. H. auch über Rückenschmerzen (Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:7). Im Fall von Herrn H. wird deutlich sichtbar, dass sich seine psychischen Probleme in körperlichen Symptomen manifestieren.

Herr W. berichtete einmal „von Schmerzen, die er hat seit er in Österreich ist. Er meinte, er habe Knieschmerzen und er deutete auch auf seinen oberen Rücken und die Schulterpartie. Weiters sprach er davon, dass er diese Schmerzen vor allem bei Kälte spüre.“ (Übungsleiterin J., 17. Dez. – 36:2). Bis auf diese Schilderung hielt sich Herr W. in Bezug auf seinen Gesundheitszustand eher bedeckt. Ganz anders sieht es im Fall von Herrn M aus. So schrieb die Therapeutin: „Herr M. hat Angst krank zu werden bzw. hat immer wieder hypochondrische Züge“ (20. Dez. – 16:17). Auch die Übungsleiterin J. schilderte: „Herr M. äußerte die Angst sich zu verkühlen bei kaltem Wetter. Herr M. gibt jedes Mal Informationen über seinen Gesundheitszustand oder seine Befürchtungen ab. Dieses Thema dürfte bei ihm stets präsent sein!“ (6. Dez. – 45:8). Die Übungsleiterin V. nahm Herrn M.'s Sorge krank zu werden ebenfalls wahr (6. Dez. – 30:15). Seine Ängste kamen vor allem zur Sprache, wenn es darum ging draußen zu Laufen. „Beim hinausgehen ist Herr M. etwas zögerlich. Es ist draußen zwar warm, aber er hat Angst dass er sich durch den Wind verkühlt“ (Therapeutin, 10. Jan. – 13:10). Herr M. äußerte vor dem freien Laufen oft Bedenken, ob er die vorgegebene Zeit schaffen würde mit der Begründung verkühlt oder nicht ganz fit zu sein. Beispielsweise dokumentierte der Beobachter M.: „Beim 30-minütigen Laufen zeigte Herr M. wieder eine sehr starke Leistung, obwohl er vorher wie so oft sagte, dass er nicht ganz fit sei und ihm ein wenig schwindelig sei“ (14. Jan. – 48:9). Dieses Verhalten war charakteristisch für Herrn M. und wurde mehrmals in den Tagebüchern aufgezeichnet. Auf die Frage, ob er an der nächsten Einheit teilnehmen würde antwortete er zweimal, dass er kommen würde „wenn ich nicht krank bin“, „wenn ich noch lebe“ (Übungsleiterin J.: 10. Dez. – 32:22; 14. Jan. – 35:30). Auch wenn Herr M. dies mit einem Lächeln scherzend sagte, meinte die Therapeutin „dahinter eine Botschaft zu verspüren“ (10. Dez. – 12:13). „Die Angst sich zu verkühlen ist sein ständiger Begleiter“ (Therapeutin, 10. Dez. -12:19). Weiters litt Herr M. des Öfteren unter Kopfschmerzen oder Müdigkeit. Herr M. sprach meistens sehr offen über seine Befindlichkeit. Der Beobachter C. dokumentierte: „Herr M. ist nicht so gut drauf, fühlt sich etwas schlapp und krank, und sagt dies auch. Er spricht dies an und reflektiert darüber.“ (21. Jan. – 5:17). Man konnte es ihm aber auch anmerken, wenn er sich nicht wohl fühlte. So schrieb Übungsleiterin V. nach dieser Einheit: „Herr M. lief langsamer als sonst und lief auch nach kurzer Zeit schon etwas schlampig (...)“ (23:19). Die Therapeutin empfand Herrn M. in einer Einheit „sehr verschlossen und still“ (20. Dez. – 16:14). Die Übungsleiterin V. notierte ihren Eindruck, „dass Herr M. in den letzten beiden Einheiten nicht so gut drauf war, wie sonst. Seine Stimmung war etwas gedämpft und er sprach nicht so viel wie normalerweise“ (14. Jan. – 20:24).

Interessant ist folgender Bericht der Therapeutin: „Herr M. gibt an, dass er seit einem Monat weiß, dass seine Schmerzen im Körper psychischer Natur sind. Bis dahin hat er immer mit Ärzten gestritten, da sie meinten er sei gesund. Aber wie kann man gesund sein, wenn man Schmerzen hat? Das verstehe er jetzt besser.“ (14. Jan. – 15:5). Im Nachgespräch konstatierte Herr M., dass ihm das Laufprogramm viel geholfen habe. „Es war eine Beschäftigung für mich – eine Ablenkung. Danach war ich müde und habe gut geschlafen. Vorher habe ich nicht gut geschlafen, war unruhig, schlechte Alpträume, war unsicher.“ (28. Jan. – 54:2).

Ein anderer Teilnehmer fiel vor allem durch Konzentrationsschwierigkeiten und einen Mangel an klaren Gedankengängen auf (Beobachter C., 3. Dez. – 10:16; 21. Jan. – 5:2; 5:13). Dies machte sich zeitweise in seiner Teilnahme bemerkbar. Beispielsweise notierte der Beobachter C.: „Beim Schattenlauf ist er eher unkreativ oder unkonzentriert. Seine Gedanken sind nur halb hier“ (21. Jan. – 5:8). Herr S. „ist heute nicht gut drauf. Er steckt voller Spannung, die nicht herauskommt. (...) Er konzentriert sich kaum auf das Gespräch und versteht auch die erklärte Übung nicht“ (Beobachter C., 21. Jan. – 5:3). Auch die Übungsleiterin J. nahm Herrn S. als „verkrampft und unentspannt“ wahr (14. Jan. 35:5). Die Therapeutin meinte, insgesamt sei „bei Herrn S. ein großer Leidensdruck spürbar“ (14. Jan. – 15:13). Die folgende Schilderung der Übungsleiterin J. weist ein weiteres Mal auf den „Mangel an klaren Gedankengängen“ von Herrn S. hin und auch sein „Leidensdruck“ wird hier deutlich sichtbar:

„Hr. S. und ich saßen währenddessen am Hallenrand und unterhielten uns. Er erzählte mir, dass er nur eine Stunde geschlafen hat, weil er in Wiener Neustadt auf einer Party war und dass er sehr viel Alkohol getrunken hat. Er erzählte viele Geschichten aus seinem Leben, z.B. von seinen 8 Halbgeschwistern und der Familie seines Vaters, die in London lebt. Davon, dass er sie besuchen wollte, aber er hin und her gerissen ist, ob er es machen soll. Seine Geschichten sprudelten aus ihm heraus und ich konnte oftmals den Zusammenhang nicht erkennen, aber es schien ihm zu gefallen alles loszuwerden. Er erzählte Weiters, dass er umziehen würde in eine andere Wohnung. Plötzlich sprach er von seiner Mutter und sagte, dass sie (eventuell die Beziehung zu ihr?!) kaputt ist (eventuell meinte er auch, dass sie tot ist?!) und dass es eine andere Frau gibt, die er jetzt seine Mutter nennt und die sehr viel für ihn getan hat. Immer wieder sprach er davon, dass er sehr müde sei von wenig Schlaf und zu viel Alkohol. Er erzählte alle Geschichten mit einem Grinsen auf dem Gesicht. Dieses Grinsen wirkte angestrengt und vorgespielt, da er grundsätzlich sehr nüchtern und ohne Emotion erzählte und dadurch eher fordernd auf eine Antwort oder Emotion meinerseits pochte.“ (20. Dez. – 38:9)

In folgender Schilderung nahm auch der Beobachter C. eine Widersprüchlichkeit im sprachlichen und emotionalen Ausdruck von Herrn S. wahr: „Er hat mir erzählt, dass er seit gestern einen Pass hat und dass er nach London geht um dort für eine Woche Familie von Seiten seines Vaters für eine Woche zu besuchen. Er sagt er freue sich, aber man merkt dass er sich nicht ‚richtig‘ freut oder freuen kann, er wirkt skeptisch, vorsichtig und angespannt.“ (3. Dez. – 10:23).

Im Nachgespräch wurde der „verwirrte Eindruck“ (6. März – 56:1) von Herrn S. erneut auffällig und der Interviewer betonte:

„Es fällt ihm schwer sich auf die Fragen zu konzentrieren. Er sagt in einem Moment (...), dass er sein Englisch verloren hat und sich nicht mehr gut in Englisch ausdrücken kann. (...) Er wolle jetzt lieber Deutsch sprechen. Insgesamt fällt es ihm aber schwer die Fragen zu verstehen und Antworten auszudrücken. Ich glaube nicht dass es so stark an der Sprache liegt (sein Deutsch ist eigentlich nicht schlecht), aber dass er große Schwierigkeiten hat sich zu konzentrieren und tausende Gedanken auf einmal hat. Er scheint sehr verwirrt.“ (56:3)

Herr S. brachte im Gespräch mit dem Interviewer vieles durcheinander und „wechselt ständig zwischen klaren Fakten und kompletter Verwirrtheit“ (56:5).

Ausmaß an Spannung im Körper

Das Unwohlsein der Teilnehmer in bestimmten Situationen und deren physische und psychische Probleme wurden zeitweise in ihrer Körperhaltung und Bewegung sichtbar, die von Spannung geprägt war.

Entspannungsübungen stellten für die meisten Teilnehmer eine große Herausforderung dar. Übungsleiterin J. fiel auf, dass Herr H. „bei den Atemübungen teilweise den Atem an[hielt], wodurch er unentspannt wirkte“ (22. Nov. – 39:21). Die Übungsleiterin V. äußerte ebenfalls das Gefühl, Herr H. atme gar nicht bei der Entspannungs-Atemübung (vgl. 29. Nov. – 27:17). Auch „Herr U. wirkte nicht entspannt und meinte, dass er seine Atmung nicht spüren kann“ (Übungsleiterin V., 22. Nov. – 24:7). Der Beobachter C. schilderte seinen Eindruck von Herrn W. bei einer Entspannungs-Atemübung: „Richtig entspannen kann er sich dabei aber nicht. Er steht eher steif da und seine Anspannung im Schultergürtel erlaubt ihm nicht die Arme frei zu bewegen“ (29. Nov. – 9:12). Die Übungsleiterin J. beschrieb Herrn W. ebenfalls als „sehr verkrampft“, „da er seine Schultern immer nach oben zog und seine Atmung eher flach war“ (6. Dez. – 45:12). Herr H. hatte „Schwierigkeiten die Arme fallen zu lassen. Er nimmt diese kontrolliert und angespannt nach unten und erst dann lässt er die Anspannung etwas heraus und lässt in dieser Position die Arme baumeln“, schilderte der Beobachter C. (26. Nov. – 7:27).

Spannungen im Körper zeigten sich nicht nur im Zusammenhang mit Entspannungsübungen, sondern auch bei Aufwärmübungen und der Schwunggymnastik. Die Übungsleiterin V. nahm Herrn H. und Herrn W. bei der Übung „Schultern kreisen“ als „verkrampft“ wahr und schrieb, dass sie „die Schultern recht ruckartig rauf zogen“ (26. Nov. – 25:5). Die Übungsleiterin J. teilte diesen Eindruck. Sie berichtete: „Herr H. atmete nicht sehr gleichmäßig, sondern hielt immer wieder den Atem an und zog die Schultern verkrampft nach oben (26. Nov. – 41:10). Nach der nächsten Einheit notierte die Übungsleiterin V. bei

der Übung „Schultern kreisen“ die gleichen Auffälligkeiten. Obwohl in nahezu jeder Einheit die gleichen Übungen durchgeführt wurden, konnte im Fall von Herrn W. in Hinblick auf das Kreisen der Schultern von der Übungsleiterin V. keine Verbesserung festgestellt werden. Im Jänner schrieb sie wieder über die „ruckartige“ Bewegung der Schultern und äußerte das Gefühl, „dass Herr W. sich dadurch eher verspannt, als den Schulter- und Nackenbereich zu lockern“ (17. Jan. – 22:2). Die Übungsleiterin J. beobachtete bei der Schwunggymnastik Anzeichen für Verspannungen bei Herrn W. Sie schilderte: „Das Schwingen der Beine nach vorne und zurück, ist sehr ruckartig und gleicht einem Kicken. Das seitliche Schwingen vor dem Körper ist auf die eine Seite sehr stark geführt und zu unkontrolliert auf die andere Seite“ (7. Jan. – 46:6). Sie nahm ihn „verkrampft“ wahr (10. Jan. – 33:2). Weiters beschrieb sie die Bewegungen eines Teilnehmers als „sehr verhalten“, „das Schwingen mit den Beinen war eher ein Führen“ (26. Nov. – 41:9). Dies ist ein weiterer Hinweis für eine gewisse Anspannung.

Auch während des Laufens waren Verspannungen erkennbar. „Sein Laufstil ist geprägt von einem eher steifen Oberkörper“, schilderte der Beobachter C. (26. Nov. – 7:24). Ein Teilnehmer klagte einmal vor Beginn einer Einheit über Schmerzen im linken Arm, ausgehend vom Nacken. Er wurde in dieser Stunde von Beobachter C. als „sehr verkrampft im Schulterbereich“ wahrgenommen und „wenn er läuft, ist er dort sehr angespannt“ (26. Nov. – 7:2). Die Übungsleiterin J. bekräftigte diese Wahrnehmung und schrieb: „Herr H. atmete sehr wenig und nur durch die Nase, er hob kaum seine Füße vom Boden und machte ganz kleine Schritte“ (26. Nov. – 41:11). Bei einem anderen Teilnehmer sah man beim Laufen ebenfalls „Verspannungen am Oberkörper, den er kaum bewegte, auch die Arme setzte er kaum ein. Die Verspannung lag im Schulterbereich der eher blockiert war. (...) Insgesamt machte er diesen Eindruck von Anspannung und (die Situation) Kontrollieren“ (26. Nov. – 7:15). Die beiden Übungsleiterinnen teilten den Eindruck des Beobachters (25:15; 41:11).

In der 6. Einheit am 6. Dezember nahmen die Übungsleiterinnen und der Beobachter C. Veränderungen im Bewegungsverhalten von Herrn W. wahr. Bisher „lief er immer recht steif, mit sehr geradem, angespannten Oberkörper“ (Übungsleiterin V., 30:10). Diesmal wirkte Herr W. „lockerer als sonst; kommt mir entspannter vor und insbesondere beim Laufen merkt man das auch. Er ist nicht so steif im Schulterbereich“ (Beobachter C., 11:4). Die beiden Übungsleiterinnen notierten ebenfalls die zunehmende Lockerheit von Herrn W. beim Laufen (Übungsleiterin V. – 30:10; Übungsleiterin J. – 45:6). Eine Woche später betonte die Übungsleiterin V. erneut, dass Herr W. „immer lockerer wird“ (13. Dez. – 19:2). Die Übungsleiterin J. führte dies auf die Tatsache zurück, „dass Herr W. sich allgemein wohler fühlt“ (6. Dez. – 45:7). Der Beobachter C. teilt diese Einschätzung, denn er schrieb: „Von der Körperhaltung finde ich Herrn W. wesentlich lockerer als am Anfang des Programms. Am

Anfang des Programms war er sehr steif und jetzt läuft und bewegt er sich wesentlich lockerer. Ich finde dies zeigt sehr deutlich, dass er sich wohl fühlt. (...) Er ist sehr lebendig und teilnehmend. Dies war am Anfang des Programms nicht so.“ (17. Jan. – 4:3).

Am 17. Dezember besuchte die Beobachterin K., die normalerweise nicht am Programm teilnahm, die Laufeinheit. Interessanterweise schrieb sie, „dass Herr W. etwas steif rannte bzw. auch manchmal beim Mobilisieren eher steife Bewegungen machte“ (47:7), obwohl die Übungsleiterin V. folgenden Eindruck festhielt: „Herr W. lief diesmal auch wieder mit großen Schritten und sehr locker“ (21:10). Offensichtlich beurteilten die teilnehmenden Beobachter/innen, die Herrn W.'s Entwicklung mitverfolgten, das Bewegungsverhalten anderes, als eine außenstehende Person.

In der Körperhaltung und dem Bewegungsverhalten von Herrn S. wurden Anzeichen eines erhöhten Ausmaßes an Spannung wahrgenommen. Der Beobachter C. schrieb, Herr S. stecke „voller Spannung, die nicht herauskommt“ (21. Jan. – 5:3). Dies könnte ein Zeichen seines großen Leidensdrucks sein, welcher von der Therapeutin notiert wurde (14. Jan. – 15:13). In diversen Situationen konnten Folgen dieser Spannung beobachtet werden. „Am Anfang, sobald wir in die Halle kommen, schlägt er ein Rad mit voller Energie, während wir das Anfangsgespräch haben. Er konzentriert sich kaum auf das Gespräch und versteht auch die erklärte Übung nicht“ (Beobachter C., 21. Jan. – 5:3). Ein weiteres Beispiel vermerkte die Übungsleiterin V.: „Herr S. war körperlich sehr präsent, durch die Art, wie er sich verhielt; teilweise lief er mit zu viel Power (bei der Lauftechnik lief er immer so schnell, dass er manchmal gegen die Wand lief), es machte den Eindruck, als hätte er aufgestaute Energie“ (29. Nov. – 27:25), „er sprintete eigentlich immer von einer Seite zur anderen (...)“ (27:11). Der Eindruck der „aufgestauten Energie“ von Herrn S. bekräftigte das Gefühl des Beobachters C., dass Herr S. „voller Spannung [steckt], die nicht herauskommt“. Die Therapeutin schilderte eine Spielsituation: „Ich rufe, wir brauchen noch einen Mann. Herr S. kommt darauf hin doch in die Gruppe und spielt ziemlich fanatisch mit. Sein Blick und Körperhaltung ändert sich schlagartig. Auch ist er in seiner Bewegung ruckartig schnell“ (20. Dez. – 16:12). Die Änderung der Mimik und Körperhaltung von Herrn S. wurde ebenfalls in einer anderen Situation wahrgenommen. Jeder Teilnehmer sollte beim Aufwärmen eine Übung vorzeigen. Die Übungsleiterin J. fragte Herrn S., ob er eine Übung aus dem Kampfsport, den er früher betrieben hat, vorzeigen könne. „Nachdem er gefragt wurde ob er etwas vormachen könne, spannte er sein Gesicht und seinen ganzen Körper an und wirkte wie in einem anderen Modus. Dann sprang er auf einmal in die Luft und machte einen Kick. Gleich im Anschluss machte er eine Rolle über den Boden sprang auf und schlug einige Male mit den Fäusten in die Luft“ (Beobachter C., 14. Jan. – 48:4). Die Übungsleiterin J. beschrieb die von Herrn S. vorgezeigten Übungen als „sehr schwungvoll und unkontrolliert“ (35:14). Sie nahm Herrn S. insgesamt in dieser Einheit „verkrampt und unentspannt“ (35:5)

wahr. Diese Schilderungen zeigen, dass Herr S. sehr viel Anspannung in sich trug, die teilweise zu unkontrollierten Ausbrüchen führte und noch verstärkt wurde, wenn er Stresssituationen, wie z.B. Übungen vor der Gruppe zu präsentieren, ausgesetzt war. Dazu ein weiteres Beispiel, wo die Teilnehmer zu Beginn der Einheit ihre aktuelle Befindlichkeit verbalisieren sollten. Die Therapeutin berichtete:

„Herrn S. fällt nichts ein, wirkt als ob ihn diese Frage stresst. Flüstert ganz leise ‚laufen‘. Die Frage ist, ob er es verstand, ich interpretiere laufen als beweglich, weil mir sein Körper das vermittelt. Er hält seinen Bewegungsdrang stark zurück. Eine Begleiterscheinung von Stress ist das seine Stimme oftmals versagt, er verspüre ein Engegefühl im Hals. Wenn man näher an ihn heranrückt weil man ihn nicht versteht, weicht er ein paar Schritte zurück und reißt seine Augen auf.“ (Therapeutin, 14. Jan. – 15:12)

Beim Laufen zeigte sich die Anspannung von Herrn S. in einem eher steifen Schultergürtel und Armhaltung (Beobachter C., 29. Nov. – 9:3). Außerdem berichtete der Beobachter C., dass Herr S. „sehr oberflächlich geatmet [hat] und somit schnell außer Atem gekommen“ (3. Dez. – 10:11) ist, was ebenfalls für ein erhöhtes Ausmaß an Spannung im Körper sprechen könnte. Ein weiteres Mal wird Herr S.’s Oberkörper und Schulterbereich als „sehr steif“ beschrieben und in diesem Zusammenhang erwähnt: „manche Schulterübung (Schulter hochziehen und runter fallen lassen) scheinen ihm nicht zu gefallen und er macht nicht mit“ (Beobachter C., 3. Dez. – 10:7).

Mitte Jänner notierte der Beobachter C. ein Resümee in Bezug auf Herrn S.: „Ich denke ihm tut die Bewegung sehr gut und man merkt einen Unterschied in der Stimmung von Anfang zu Ende. Er sieht am Ende entspannter aus, trotzdem behält er noch immer eine gewisse konstante Anspannung.“ (14. Jan. – 3:11).

Herr M., der durch seine ständige Sorge, sich zu verkühlen charakterisiert wurde, zeigte keine Anzeichen von Verspannungen beim Laufen. Er wirkte bereits in der ersten Einheit „locker und losgelöst“ und „war auch in seinen Bewegungen sehr offen“, so die Übungsleiterin J. (22. Nov. – 39:22). Beim Laufen „hob [er] die Beine und lief mit großem Schritt“, er lief „sehr gleichmäßig und es sah locker aus“ (Übungsleiterin J., 14. Jan. – 35:22).

Positive Effekte auf das Wohlbefinden durch Sport und Bewegung

Einige Aussagen und Schilderungen der Beobachter/innen deuten auf positive Effekte von Sport und Bewegung auf das Wohlbefinden der Teilnehmer hin. Bereits nach der ersten Einheit notierte der Beobachter C.: „Ich glaube es war ein gutes Erlebnis der Teilnehmer sich wieder aktiv und in Bewegung zu spüren. Sie machten einen zufriedenen Eindruck und auch in der Bewertung mit dem Daumen (...) gab es durchwegs positive Bewertungen“ (22. Nov. – 6:24). Weiters war er der Meinung, „dass die Teilnehmer genau wussten dass Bewegung ihnen gut tun wird“ (6:27). Die Übungsleiterin J. berichtete von einem Teilnehmer, der „zu Beginn sehr verschlossen“ war, doch „als die Einheit startete war er wie ausgewechselt. Er hatte Freude an der Bewegung, lief viel, lächelte und war losgelöst“ (22. Nov. – 39:30). Übungsleiterin V. teilte diese Wahrnehmung (24:9). Beobachter C. hatte in Bezug auf diesen Teilnehmer den Eindruck, „dass dieses Programm ihm viel nützen könnte, insbesondere da es dort ansetzt wo er schon positive Erfahrungen hat (Sport) und zum anderen, da es hier nicht um viel Reden geht, sondern darum aktiv zu sein“ (22. Nov. – 6:14).

Die am Programm teilnehmende Kunsttherapeutin bat die Teilnehmer in einigen Einheiten zu Beginn und am Ende der Stunde ihre aktuelle Befindlichkeit zu zeichnen. Die Therapeutin dokumentierte, dass beim abschließenden Zeichnen „bei allen eine Änderung sichtbar“ war (10. Dez. – 12:12). Auch in den anderen Einheiten konnte beim Zeichnen eine Veränderung festgehalten werden. Die Veränderung gibt zwar keine Auskunft, über eine Verbesserung oder Verschlechterung der Befindlichkeit, doch sie zeigt eindeutig, dass durch Bewegung ein Effekt bei den Teilnehmern erzielt wurde.

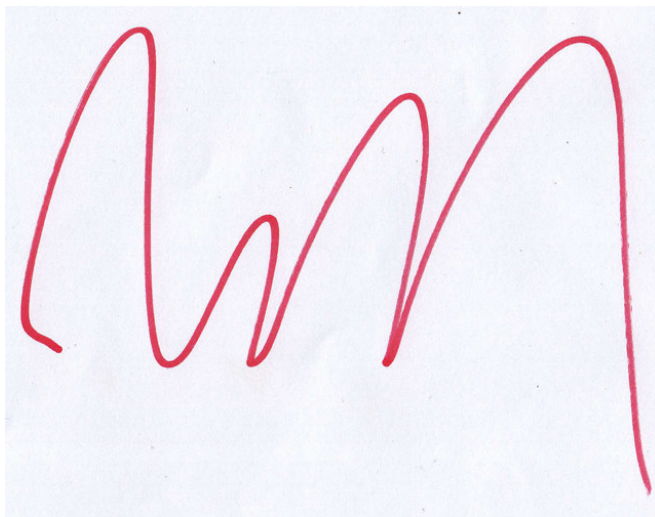


Abb. 18: Zeichnung Herr M. vorher

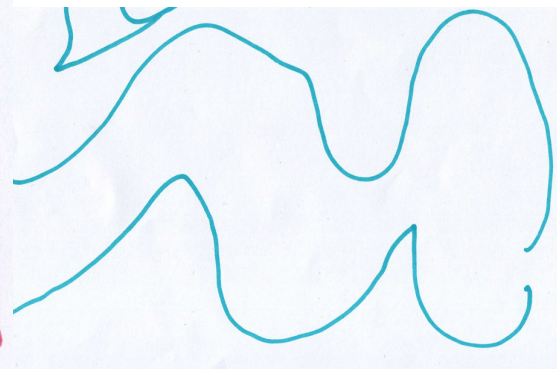


Abb. 19: Zeichnung Herr M. nachher



Abb. 20: Zeichnung Herr W. vorher

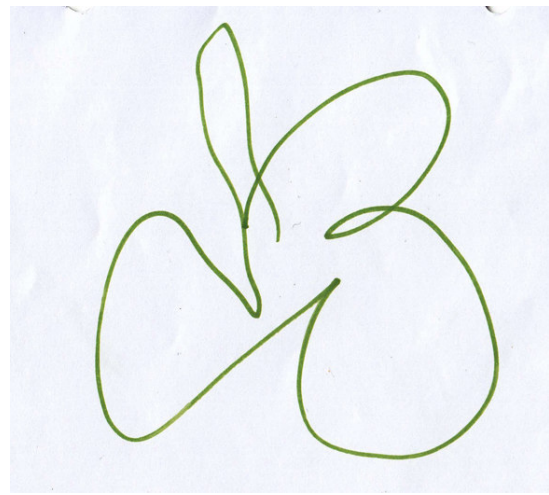


Abb. 21: Zeichnung Herr W. nachher

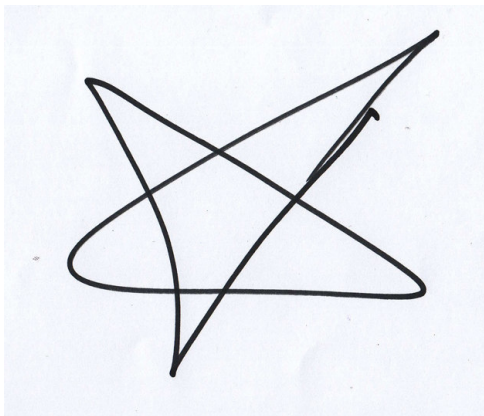


Abb. 22: Zeichnung Herr H. vorher

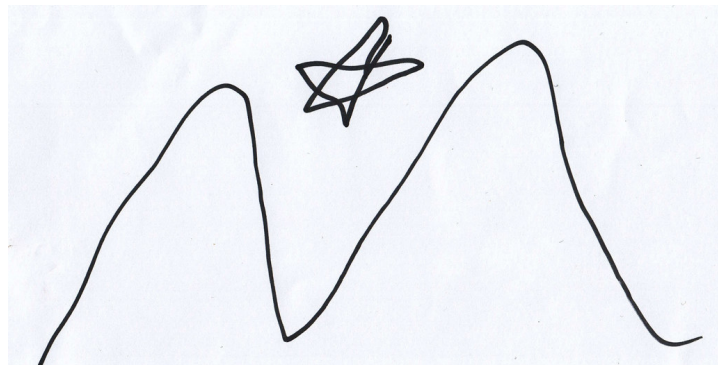


Abb. 23: Zeichnung Herr H. nachher

Aufgrund einiger Beobachtungen kann man durchaus eine Verbesserung des Wohlbefindens einiger Teilnehmer nach dem Laufen postulieren. Zu Beginn einer Einheit wirkte Herr M. auf den Beobachter C. „etwas angeschlagen und [scheint] nicht so gut drauf zu sein“ (10. Jan. – 2:5). Die Therapeutin berichtete in derselben Stunde: „Beim Laufen nehmen Herr W. und Herr M. die Führung. Beide laufen ohne Unterbrechung und überholen die anderen. Bei Herrn M. ist von seinem angeschlagenen Gefühl nichts zu merken“ (13:12). Ein weiteres Beispiel verdeutlicht, dass Herrn. M. die Bewegung sehr gut tat. Am Anfang der Stunde bat die Therapeutin jeden Teilnehmer mit einem Wort zu beschreiben wie er sich fühlte. Herr M. fühlte sich müde. „Bei den anfänglichen Übungen verliert er diese Müdigkeit schnell und wird, wie er sagt ‚aktiv‘“ (Beobachter C., 14. Jan. – 3:22). Vor dem Laufen kamen Herrn M.'s Zweifel und Ängste wieder durch, denn er meinte „dass er heute nicht so fit sei und nicht weiß, ob er es schafft“ (Übungsleiterin V. – 20:11). „Herr M. berichtete nach dem Laufen, dass ihm ein bisschen schwindelig sei aber, dass er sich viel besser fühle als vor dem

Laufen. Herr S. hat sich körperlich auch sehr gut gefühlt (...)“ (Beobachter M., 48:15). Die Therapeutin dokumentierte nach dieser Einheit, Herr M. sei trotz Müdigkeit gekommen, „weil er weiß, dass es ihm gut tut. Er gibt an, das er seit einem Monat weiß, das seine Schmerzen im Körper psychischer Natur sind. (...) Und durch Sport gehe es ihm besser“ (15:4). Nach einer anderen Einheit schilderte die Therapeutin ihren Eindruck, Herr M. wirke „nach einer anfänglichen Verwirrung geordneter und kommunikativer“ (13. Dez. – 14:15). Ebenfalls ein Effekt der dem Laufen zugeschrieben werden könnte.

Herr H. klagte am Beginn einer Einheit über Kopfschmerzen, „die sind jedoch nach dem Laufen verschwunden“ (Therapeutin, 10. Jan. – 13:14). Der Beobachter C. hat das Gefühl, „dass das Laufen Herrn H. Überwindung kostet und es ihm schwer fällt. Nichtsdestotrotz empfinde ich, dass ihm die Bewegung gut tut und er dies auch selbst spürt“ (10. Jan. – 2:25). Der Beobachter C. notierte den Eindruck, Herr W. sei weniger steif und bewege sich leichter, als zu Beginn des Programms. Herr W. „äußert auch, dass das Laufen ihm gut tut“ (10. Jan. – 2:1). Herr S. dürfte ebenfalls vom Laufen profitieren: „Ich denke ihm tut die Bewegung sehr gut und man merkt einen Unterschied in der Stimmung von Anfang zu Ende. Er sieht am Ende entspannter aus, trotzdem behält er noch immer eine gewisse konstante Anspannung“ (Beobachter C., 14. Jan. – 3:10). Die Übungsleiterin V. „hatte den Eindruck, dass das Laufen draußen allen gut tat und Spaß machte“ (3. Dez. – 29:20). Die Teilnehmer selbst gaben nach dem Laufen stets positive Rückmeldungen in Bezug auf ihre Befindlichkeit. Beispielsweise hielt die Übungsleiterin V. fest, Herr M. „meinte ganz euphorisch, dass er sich sehr gut fühlt!“ (10. Dez. – 18:23). „Ich blickte in lächelnde und zufriedene Gesichter“ (32:18), so die Übungsleiterin J. nach derselben Stunde. Sie reflektierte nach einer Einheit, in der aufgrund des kalten Wetters nur zehn Minuten in der Halle gelaufen wurde: „Herr W. wirkte heute zum Schluss etwas bedrückt/zurückhaltend/verhalten. Ich hatte das Gefühl, dass es ihm zu wenig ‚auspowern‘ war und das ihm das längere Laufen immer sehr gut getan hatte“ (24. Jan. – 40:22).

Besonders das Laufen draußen an der frischen Luft schien ein positives Erlebnis für die Teilnehmer zu sein. „Die Sonne und Außenluft tut allen gut“, so die Therapeutin (10. Jan. – 13:16). Der Beobachter C. teilte den Eindruck, dass den Teilnehmern das Laufen draußen gefiel. „Herr H. sagte, dass er es gut findet draußen zu sein und zu laufen, dass es schön sei, weil man so weit schauen kann“ (Übungsleiterin J., 3. Dez. – 44:16). In einer Einheit fühlten sich zwei Teilnehmer nach eigener Aussage nicht besonders gut und wollten nicht laufen. Im Gespräch mit der Therapeutin kamen sie „zu der Erkenntnis, dass frische Luft beiden gut täte und sie einverstanden sind auf der Laufbahn spazieren zu gehen“ (Übungsleiterin J., 20. Dez. – 38:27).

In den Nachgesprächen wurden die Teilnehmer nach den von ihnen wahrgenommenen Veränderungen durch das Laufprogramm gefragt. Herr M. erzählte: „Am Anfang [Anm.: nicht ganz klar auf welchen Zeitpunkt er sich bezieht, aber eher unabhängig vom Laufprogramm] ging es mir richtig schlecht. Seit ein paar Monaten geht es mir besser (...) Ich bin positiver geworden! Vorher immer negativ gewesen“. Außerdem nehme er „jetzt auch eigene Fähigkeiten wahr: ich nehme Atmung wahr“ und „Schlaf hat sich verbessert“ (28. Jan. -54:11). Die Teilnahme am Laufprogramm „war eine Beschäftigung (...) eine Ablenkung“ (54:2) für Herrn M. „Danach war ich müde und habe gut geschlafen. Vorher habe ich nicht gut geschlafen, war unruhig, schlechte Alpträume, war unsicher. Das Programm hat mir viel geholfen“ (54:2). „Wenn ich aktiv bin, dann mache ich mir weniger Gedanken. Komme raus“ (54:14), so Herr M. Aus den Worten von Herrn M. geht hervor, dass er nicht nur von der Bewegung profitierte, sondern auch der soziale Aspekt, das „raus Kommen“ aus der Isolation spielte eine wichtige Rolle.

Herr S. gab ebenfalls an, dass sich sein Schlaf durch das Laufen verbessert hat und sich sein Körper besser anfühlt (Nachgespräch, 6.März – 56:13). Mit der Aussage „My body is okay“ will Herr S. laut der Einschätzung des Interviewers sagen, „dass das Programm seinen Körper ‚etwas‘ verbessert hat, physisch gesehen – Bezug zum Aussehen“ (56:8). Außerdem meinte Herr S., er fühle sich „nicht mehr müde“ (56:13) nachdem er Bewegung gemacht hat.

Für Herrn W. war Laufen „das Beste“ am Programm, „good for health; fresh air → free feeling“ (Nachgespräch, 31. Jan. – 5:7). Er berichtete: „My muscles are stronger; Feel fresh – mind also more fresh; More active and less tired; Makes me stronger, no flu“ (58:5). Herr W. reflektierte demnach über stärker gewordene Muskeln, mehr Klarheit im Kopf, weniger Müdigkeit und mehr Aktivität. Außerdem habe ihn das Programm gesundheitlich gestärkt, er sei weniger anfällig für Grippe und habe weniger Schmerzen in der Schulter (58:5). Weiters betonte Herr W.: „Exercise ist viel besser als Therapie. Speaking is not good! Moving, exercise is good!“ (58:5). Abschließend erzählte er: „When I am in Otto-Wagner clinic, I go out for exercise in fresh air (...) I do what others want to do, but outside is best und Laufen! If people have trauma, depression, they need exercise! When (...) I am depressed, I go running.“ (58:8). Der Interviewer konstatierte, „dass Herr W. Bewegung und Sport braucht und er weiß, dass es ihm gut tut. Es ist für ihn ein Ventil und eine Strategie bei Belastung und Stresssituationen“ (58:8).

7.1.2 Soziales Wohlbefinden

In den Erstgesprächen äußerten die meisten Teilnehmer, ihre Vorfreude auf Bewegung und Sport in der Gruppe (13. Nov. – 53:12). Zahlreiche Beobachtungen deuten darauf hin, dass sich die Teilnehmer in der Gruppe sehr wohl fühlten und von der sozialen Interaktion profitierten.

Gruppenatmosphäre

Nach dem ersten gemeinsamen Sporttreiben schilderte Beobachter C. seinen Eindruck: „Die Atmosphäre war sehr gut und das gemeinsame Sporttreiben war ungezwungen“ (22. Nov. – 6:24). Er betrachtete die kleine Gruppe als Vorteil (6:31). Nach wenigen Einheiten äußerte der Beobachter C. das Gefühl, es sei „zu einer gegenseitigen Gewöhnung gekommen“ (3. Dez. – 10:25). Weiters meinte er, „dass sie sich sicher fühlen und sich in der Gruppe wohl fühlen. Wir sind eine Gruppe geworden die gemeinschaftlich Sport treibt“ (10:25). Die Therapeutin berichtete ebenfalls von einer „sehr guten Stimmung untereinander“, die Teilnehmer „wirken fröhlich und entspannt“ (20. Dez. – 16:29).

Spiele, insbesondere Ballspiele stellten eine gute Möglichkeit dar, die soziale Interaktion zwischen den Teilnehmern zu unterstützen. Die durchgeführten Spiele zeichneten sich stets durch große Begeisterung, hohen Einsatz und gute Stimmung aus. Der Beobachter C. stellte bereits nach der ersten Einheit fest: „Der Kontakt unter den Teilnehmern nahm schnell durch die Spiele zu“ (22. Nov. – 6:31). Er war der Meinung, „dass die Spiele am Anfang der Stunde gute ‚Eisbrecher‘ waren und die Interaktion gefördert haben. Man musste den Teampartner suchen, schauen wo er ist und ihm gezielt zu werfen. Es haben so erste Kontakte stattgefunden“ (6:31). Der Beobachter M. kam verspätet in die erste Einheit und schilderte seinen Eindruck: „Als ich dazu gestoßen bin, haben die Teilnehmer bereits mit großer Freude mit dem Ball gespielt. (...) Man konnte sehen, dass sie Spaß haben beim Laufen und beim Zupassen“ (49:8). Die Übungsleiterin V. beschrieb das Erleben der Teilnehmer als „sehr positiv, sie lachten immer wieder bei den Spielen und hatten Spaß“ (24:25). Auch die Übungsleiterin J. nahm die Teilnehmer mit „Freude am Spiel und an der Situation“ wahr (39:5). Das Spielfeld war eigentlich durch die Mittellinie begrenzt, doch „Herr W. entfernte sich immer sehr weit von der restlichen Gruppe (...). Es gefiel ihm den Ball möglichst weit (von einem Tor zum anderen) zu passen“ (Übungsleiterin J., 39:5). Die Übungsleiterin V. notierte diese Beobachtung auch mit der Einschätzung, es mache Herrn W. Spaß möglichst weite Pässe zu spielen (24:13). Die Schilderungen der Beobachter und der Übungsleiterinnen deuten darauf hin, dass sich die Teilnehmer wohl fühlten und die soziale Interaktion genossen. Ein weiterer Hinweis dafür, könnte das gemeinsame Volleyballspielen

aus Eigeninitiative der Teilnehmer in den forcierten Pausen sein (Übungsleiterin J., 29:20).

In der zweiten Einheit kam ein neuer Teilnehmer hinzu. „Er war am Anfang sehr verunsichert“, so Beobachter C. (26. Nov. – 7:10). Doch das Ballspiel „hat ihn gut in die Gruppe integriert und er freute sich über gelungene Pässe und hat sich aktiv freigelaufen und angeboten“ (Beobachter C., 26. Nov. – 7:14). Die Übungsleiterin J. hatte den Eindruck, das Spiel bringe „eine lockere Stimmung und die Teilnehmer waren mit Freude bei der Sache“ (41:12). Die Übungsleiterin V. berichtete ebenfalls von einer guten Stimmung während des Spiels (25:32). Ein Teilnehmer zeigte sich zu Beginn der Intervention „in der verbalen Kommunikation eher zurückhaltend (oder schüchtern). Nicht so im Spiel, wo er sich hineinsteigert und toll mitmacht.“ (Beobachter C., 29. Nov. – 9:24). Die Förderung bzw. Erleichterung der Kontaktaufnahme und der Interaktion durch das Spielen wurde auch durch dieses Beispiel sichtbar: „In der Wartezeit schießt Herr W. einen Ball von der einen Seite der Halle in die andere und läuft dem Ball nach. Er macht ein Spiel daraus. Nach einer Zeit fragt er mich, ob wir gemeinsam mit dem Ball spielen können, er möchte werfen. Herr H. stoßt dazu, der gerne Volleyball spielen möchte. Er erklärt Herrn W. wie man die Hände halten muss.“ (Therapeutin, 20. Dez. – 16:37). Die Übungsleiterin J. erzählte die Situation ähnlich und beschrieb Herrn W. als „sehr losgelöst“, er „lachte, grinste über das ganze Gesicht“ (38:44). Darüber hinaus schilderte sie: „Er kicherte, kommentierte und war die ganze Zeit in Bewegung. Er sprach während dem Spielen mit der Therapeutin“ (38:44).

Die Übungsleiterin V. dokumentierte häufig, dass die Stimmung bei den Spielen sehr gut war. In den Tagebüchern finden sich einige detailreichere Beschreibungen, die das Wohlbefinden der Teilnehmer und die gute Stimmung während des Spielens unterstreichen: Übungsleiterin J. notierte: „Die Stimmung während des Spiels war sehr freudig und losgelöst. Herr M. lief von einer Seite zur anderen und gab ausgelassene Laute von sich wenn sein Team am Ball war. Herr W. lief jedes Mal mit dem Ball in der Hand in den Reifen, sagte ‚1-2-3‘ und lachte dabei“ (20. Dez. – 38:19). Die Therapeutin schrieb über Herrn W. bei diesem Spiel: Er „hat unglaublichen Spaß an dem Spiel, lacht laut und springt hin und her. Überhaupt ist Herr W. heute extrem offen, freudig und kommunikativ“ (16:11). Ein anderes Mal berichtete Übungsleiterin J., dass Herr H. beim Ballspiel „sehr losgelöst und locker [war]! Er lächelte und war total im Spiel versunken. Herr W. kicherte immer wieder und machte sich einen Spaß daraus vor mir mit dem Ball herumzuwirbeln und mich zu foppen“ (24. Jan. – 40:17). Die Therapeutin schilderte: „Das Spiel macht allen offensichtlich großen Spaß und die Männer wirken locker und froh“ (10. Dez. – 12:7). „Herr W. fing den Ball meist außerhalb des Reifens und lief mit dem Ball in den Reifen hinein [Anm. d. Verf.: was eigentlich ein Regelverstoß war] und grinste schelmisch.“ (Übungsleiterin J., 10. Dez. – 32:10).

Nicht nur die Ballspiele, sondern auch das sogenannte „Roboterspiel“ kam bei den Teilnehmern gut an, förderte die soziale Interaktion und sorgte für gute Stimmung. Bei diesem Spiel besteht ein Team aus zwei Personen, wobei eine Person den „Roboter“ durch ein haptisches Signal in die gewünschte Richtung lenken kann. Die Übungsleiterin J. erzählte: „Herr W. amüsierte sich köstlich, als er merkte, dass er die Kontrolle über meinen Weg hatte und lies mich zwei Mal gegen die Wand laufen. Er lachte die ganze Zeit und war sehr ausgelassen. Herr H. lächelte auch und beide gaben im Anschluss das Feedback, dass es ihnen gefallen hat“ (24. Jan. – 40:6). Der Beobachter M. teilte das Gefühl, es mache den Teilnehmern besonders Spaß, den Roboter Richtung Wand zu steuern (50:5). In der nächsten Einheit gestaltete es sich ähnlich. „Herr M., der das Spiel noch nicht kannte, war köstlich amüsiert und kicherte und lachte die ganze Zeit. Herr W. war ebenso bestens unterhalten, er grinste über beide Ohren“, so die Übungsleiterin J. (28. Jan. – 42:8). Der Beobachter C. äußerte sein Gefühl, das Roboterspiel käme sehr gut an (8:2). Weiters berichtete er: „Es wurde die ganze Zeit herzhaft gelacht! Dies war sehr ansteckend und wir kamen gar nicht mehr raus aus dem Lachen! Es war toll Herrn M. und Herrn W. so ungehemmt lachend zu sehen“ (8:2). Die Übungsleiterin V. schilderte Vergleichbares. Außerdem meinte sie: „Herr M. und Herr W. machten es ihren ‚Fernbedienungen‘ nicht leicht, da sie sehr schnell liefen und teilweise vor ihnen davon liefen und die anderen mit dem Steuern nicht nachkamen. Das fanden sie auch wieder total lustig. Es machte ihnen sichtlich Spaß, es ihren Partnern so schwer wie möglich zu machen“ (26:5).

Genderthematik

In einer Einheit konnten die männlichen Beobachter nicht am Programm teilnehmen. Es kamen an diesem Tag nur zwei Teilnehmer und somit waren die anwesenden Frauen, die Übungsleiterinnen und die Therapeutin, in der Überzahl. Die Übungsleiterin J. meinte, dies sei kein Problem gewesen, äußerte jedoch „das Gefühl, dass die Stimmung lockerer ist, wenn die männlichen Beobachter anwesend sind“ (13. Dez. – 34:4). Die Übungsleiterin V. und die Therapeutin nahmen keine Stellung dazu. In der nächsten Einheit war sogar nur ein Teilnehmer anwesend und somit waren die Männer wieder in der Unterzahl. Die Situation wurde kontrovers eingeschätzt. Die Übungsleiterin V. „hatte den Eindruck, dass es Herrn W. nicht störte, der einzige Teilnehmer gewesen zu sein. Ganz im Gegenteil denke ich, er genoss es so viel Aufmerksamkeit zu bekommen und dass die ganze Stunde eigentlich für ihn gehalten wurde“ (17. Dez. – 21:8). Übungsleiterin J. meinte ihm zu Beginn der Einheit anzumerken, „dass er sich nicht so ganz wohl fühlte“ (36:4), schrieb aber im weiteren Verlauf: „Herr W. schien die Aufmerksamkeit als Hahn im Korb zu genießen.“ (36:14). Beobachterin K., die nur an dieser Einheit teilnahm, schilderte: „Ich denke es wäre leichter

gewesen (weniger angespannt), wenn andere Männer da gewesen wären. Aber Herr W. saß tapfer da.“ (47:19). Die unterschiedlichen Einschätzungen könnten daraus resultieren, dass sich Herr W. am Anfang der Einheit in der Situation der einzige Mann zu sein, unwohl fühlte. Sobald das Programm jedoch aktiv startete, wurde er zunehmend lockerer und genoss, unabhängig davon wer teilnahm, das gemeinsame Sporttreiben. Diese Vermutung könnte durch das freudvolle Üben koordinativ anspruchsvoller Aufgaben durch die Reifenbahn gestützt werden. Die Übungsleiterin V. hielt den Eindruck fest, „dass er Spaß hatte“ (17. Dez. – 21:7). Weiters schrieb sie: „Er bzw. wir alle lachten immer wieder, die Stimmung war ausgelassen. Bei dem rechts-links-beide Durchgängen machte ich es einmal gemeinsam mit Herrn W., solange, bis er es dann einmal korrekt schaffte. Wir freuten uns alle.“ (21:7). Die Beobachterin K. erzählte: „Öfters kam Gelächter, aber nicht im Sinne des ‚Auslachens‘, sondern eher Lachen, um Freude zu haben. Gegenseitiges miteinander und um die Stimmung aufzulockern. Mir kam es am Anfang so vor, dass Herr W. dies anders verstehen könnte, aber tat er nicht. Er lachte mit.“ (47:13).

Beziehung Teilnehmer – Therapeutin:

In der folgenden ausführlichen Schilderung eines Spielgeschehens erfährt man einiges über die positive Entwicklung der Gruppe und betont wurde vor allem die gute Beziehung zwischen einem Teilnehmer und der Therapeutin:

„Es war ein sehr intensives Spiel und all zeigten hohen Einsatz, teils auch körperlich, z.B. wenn es darum ging den Ball in den Ring zu ‚drücken‘. So rangen zum Beispiel Herr M. und die Therapeutin um einen Ball. Ich fand das bemerkenswert, dass Herr M. sich einer Frau gegenüber so verhielt, d.h. mit Körperkontakt (beide hatten den Ball in der Hand) um den Ball zu ringen. Der Kampf um den Ball war zwar respektvoll, aber die Distanz zwischen den zwei Körpern war sehr gering. Zum einen zeigte mir das, was für ein tolles Vertrauen es zwischen den beiden gab und dass wir einen sicheren Raum geschaffen haben. Zum anderen sehe ich diese Situation aber auch kritisch und denke, dass diese kurz vor Grenzüberschreitungen steht. Es ging hier um einen sehr nahen Kontakt den Herr M. so nicht gewohnt ist. Natürlich ging es hier um ein Spiel und in einer anderen Situation wäre dies wahrscheinlich nicht so passiert. Im Fall Herr M. sehe ich dass er in dieser geschlechtlich-gemischten Gruppe jetzt kaum noch Unterschiede macht zwischen Frau und Mann.“ (Beobachter C., 28. Jan. – 8:14)

Der Beobachter C. bemerkte bei Herrn W. bei diesem Spiel ebenfalls ein auffälliges Verhalten:

„Herr W. war diesbezüglich vorsichtiger und ich habe ihn nicht mit Frauen um den Ball kämpfend gesehen. Er fand eine andere Strategie, wo er sich aus dem engen Körperkontakt entzieht. Er stand am gegnerischen Reifen und wartete auf einen schnellen Ball. Dadurch ersparte er sich das Ringen um den Ball und gleichzeitig den Laufweg (das Spiel war sehr intensiv, das merkte man stark am Atmen). Herr M. schien kein Problem mit der Situation gehabt zu haben und das Spiel ging auch normal weiter. Ich denke, dass man sehr vorsichtig mit solchen Spielen umgehen sollte und jedem die Möglichkeit geben sollte seinen Platz und Art der Interaktion zu finden. In diesem Fall hat das Spiel sehr gut geklappt, da es in einem vertrauensvollen und sicheren Umfeld stattgefunden hat.“ (8:14)

Der Übungsleiterin J. fiel auch auf, dass das Spiel „immer lebendiger und wilder“ (42:12) wurde. Weiters schilderte sie: „Vor allem Herrn M.'s Sportgeist war geweckt und er war sowohl im Angriff als auch in der Verteidigung immer sehr aktiv. Herr W. beschränkte sich ab einem gewissen Zeitpunkt darauf direkt beim Reifen zu stehen und auf einen langen Pass von hinten zu warten.“ (42:12). Die Übungsleiterin V. berichtete ebenfalls, dass Herr W. sich beim Reifen positionierte um auf einen Pass zu warten. Sie war sich nicht sicher, „ob er es für eine gute Taktik hielt, oder ob er nicht mehr laufen wollte, aber ich denke, eher ersteres“ (26:12). Die beiden Übungsleiterinnen nahmen Notiz von Herrn W.'s Verhalten, berichteten aber weniger reflektiert darüber als der Beobachter C.. Sie sahen darin eher eine Spielstrategie von Herrn W., als eine Möglichkeit dem engen Körperkontakt zu entkommen.

Zusammenfassend konnte in Bezug auf die Stimmung während des gemeinsamen Sporttreibens festgehalten werden: „Insgesamt ist die Gruppenatmosphäre toll“ (Beobachter C., 10. Jan. – 2:20).

Interaktion und Kommunikation

Nicht nur die Stimmung, das Verhalten und die Interaktion während sportlicher Aktivitäten gab Auskunft über das soziale Wohlbefinden der Teilnehmer, sondern auch die Art der Interaktion und Kommunikation vor und nach der Einheit oder in Pausen. Manche Teilnehmer zeigten sich von Beginn an sehr offen, manche wurden mit der Zeit aufgeschlossener.

In der ersten Einheit kam Herr H. „45 Minuten zu früh, unterhielt sich aber sehr offen mit uns und spielte Tischfußball mit Johanna und dann mit mir“ (Übungsleiterin V., 22. Nov. – 24:11). Die Übungsleiterin J. empfand Herrn H. ebenfalls „offen und redselig“ (39:2). Außerdem erzählte sie: „er lächelte und hatte direkten Augenkontakt mit uns. Er erzählte von seiner Herkunft, seinen 4 Kindern und seinen Deutschkenntnissen. Er erzählte von seinen bisherigen Deutschkursen vom AMS und den Lehrerinnen, die er dort hatte.“ (39:2). Der Beobachter C. empfand Herrn H. ebenfalls als „sehr offen“, „er schien sich wohl zu fühlen und lachte viel“ (6:4). Anders beschrieb die Übungsleiterin J. Herrn W. in der ersten Einheit: „Er war sehr schüchtern, ließ einen kurzen Augenkontakt zu, war jedoch sichtlich angespannt.“ (39:2). Die Übungsleiterin V. merkte an: „Herr W. kommunizierte die ganze Stunde über eher weniger.“ (24:24). „Wenn er redet erscheint er etwas schüchtern“, so Beobachter C. (6:6). Im Laufe der Intervention wurde Herr W. immer offener und die „Interaktion mit ihm gestaltet sich auch immer besser. Er kommuniziert wesentlich mehr mit uns Leiter/innen als am Anfang und zwar in Form von Gesprächen aber auch mit

körperlicher Sprache, Mimik, Lachen, etc.“ (Beobachter C., 17. Jan. – 4:6). Beispielsweise schrieb die Therapeutin: „Herr W. ist überpünktlich und steht um 10.30 umgezogen vor Halle 2. Als er mich sieht kommt er auf mich zu, sagt lachend ‚wie geht’s‘ und drückt meine Hand mit einem sehr starken Druck, auch Augenkontakt.“ (20. Dez. – 16:1). Die Übungsleiterin J. schilderte ebenfalls, dass Herr W. bereits vor der Halle wartete, „er lächelte und freute sich uns zu sehen. Wir sprachen über die trainingsfreie Zeit, seinen neuen Job (Zeitungsträger) und seinen Schlüssel, den er beim letzten Training vor Weihnachten verloren hatte.“ (7. Jan. – 46:1). Auch der Therapeutin kam er „lachend entgegen mit einem festen Händedruck“ (17:1). Die Übungsleiterin J. nahm Herrn W. vor einer Einheit sehr gesprächig wahr. „Er erzählte davon, dass man in Pakistan eher am frühen Morgen Sport macht, er manchmal schon um 4 Uhr aufstand und direkt vor dem Essen laufen ging. Er erzählte, dass er jetzt hier auch laufen geht, ebenfalls früh und er gemerkt hat, dass die Österreicher eher am Abend laufen gehen.“ (17. Dez. – 36:1). Die Übungsleiterinnen berichteten von einigen Gesprächen mit Herrn W. Herr W. kam meistens sehr früh, zwei Mal sogar eine Stunde vor Beginn der Einheit. Der Beobachter C. schilderte: „Herr W. ist überpünktlich. Er setzt sich in mein Büro und scheint es zu genießen, einfach schon mal da zu sein, auch wenn wir nicht viel reden.“ (6. Dez. – 11:2). Die Therapeutin teilte diesen Eindruck, denn sie notierte: „Herr W. ist fast eine Stunde zu früh und sitzt schweigend im Büro von Clemens. Offensichtlich genießt er die Zeit wartend, beobachtend, gibt die Hand bei der Begrüßung und lächelt. Ansonsten hält er sich bedeckt und schweigt.“ (10. Dez. – 12:20).

Nach der Einschätzung des Beobachters C. genoss auch Herr H. die soziale Interaktion sehr und zeigte sich offen im Umgang mit den Leitenden und Beobachtenden (10. Jan. – 2:26). „So kommt er z.B. auf jeden zu und fragt wie der Urlaub war und wie es einem geht. Er sucht das Gespräch während wir warten. Er möchte die Sprachenbarriere überwinden und bemüht sich.“ (2:26). Herr M. zeigte sich seit der ersten Einheit „offen gegenüber den anderen Teilnehmern und Leiter/innen“ (Beobachter C., 26. Nov. – 7:32). Er erzählte sehr oft von seinem Taekwondo Training oder berichtete davon, „dass er in den Bergen sein wird in der Weihnachtszeit“ (Übungsleiterin J., 10. Dez. – 32:21). Die Übungsleiterin J. notierte, dass die Therapeutin und Herr M. gemeinsam zu einer Einheit eintrafen und „die beiden unterhielten sich, als sie auf uns zukamen. Herr M. lächelte.“ (14. Jan. – 35:1).

Der Kontakt der Teilnehmer untereinander war freundlich und respektvoll, teilweise auch etwas distanziert. Im Folgenden einige Beispiele, die einen Eindruck der sozialen Interaktion der Teilnehmer vermitteln sollen. Die Therapeutin schilderte: „Herr W. und Herr S. schütteln die Hände, sehen sich aber nicht in die Augen.“ (20. Dez. – 16:34). Weiters: „Herr S. und Herr M. treffen sich bei der Bushaltestelle und schütteln einander die Hände.“ (14. Jan. – 15:3). Die Übungsleiterin J. erzählte von einer Situation beim freien Laufen, wo sie die Teilnehmer motivieren wollte indem sie „im Vorbeilaufen mit ihnen einschlug. Herr W.

lächelte immer über das ganze Gesicht wenn er mich sah und schien sich zu freuen. Herr M. lächelte auch ein wenig. Die beiden TN untereinander schlugen nicht ein (...)“ (6. Dez. – 45:10). Der Beobachter C. berichtete: „Während wir auf die anderen warten, fangen die beiden ein Gespräch an, auf Persisch. In einem Moment, Herr S. erzählt Herrn H. etwas und macht dabei einen ernsten und eher traurigen Gesichtsausdruck. Herr H. hört aufmerksam zu und macht Gesten des Verständnisses, er fragt etwas nach und nickt dann verständnisvoll. Es zeigt sich für mich der Aufbau von Sympathien. Ich finde es toll, dass die Teilnehmer in Kontakt untereinander treten und sich austauschen.“ (29. Nov. – 9:6). Bereits in der ersten Einheit sprachen zwei Teilnehmer „im Abschlusskreis darüber, dass sie beide danach in die Moschee gehen wollten. Der eine erkundigte sich beim anderen wo er immer hingehet und schlug vor, dass sie gemeinsam gehen könnten.“ (Übungsleiterin V., 22. Nov. – 24:22). Der Beobachter M. äußerte in einer Einheit sein Gefühl, die Teilnehmer seien „untereinander heute noch offener als sonst, was man z.B. daran merkte, dass sie sich zwischenzeitlich 2-3 Minuten in Ihrer Heimatsprache unterhielten“ (3. Dez. – 52:2). Die Übungsleiterin V. teilte diesen Eindruck, denn sie notierte: „Ich denke, die Teilnehmer fühlen sich wohl in der Gruppe und verstehen sich gut untereinander. Sie begrüßen sich sehr freundlich (uns auch) und schon ein wenig vertraut. Sie plauderten heute auch wieder einige Male in ihrer Sprache miteinander.“ (29:28).

Im Nachgespräch mit Herrn S. äußerte der Interviewer die Vermutung, „dass er schlechte Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen gemacht hat“ und er glaubte Herr S. wäre sehr einsam. Der Interviewer reflektierte über die sozialen Kompetenzen von Herrn S. und schätzte diese „schwach“ ein. Er ließ darüber hinaus an seinen Gedanken teilhaben: „Herr S. hat sich durch das ganze Laufprogramm hinweg (mit all seinen Höhen und Tiefen) schwer im Beziehungsaufbau getan, insbesondere mit den anderen Teilnehmern. Ich glaube aber, dass das gemeinsame Sporttreiben für ihn unheimlich wichtig war und dass eine weitere Teilnahme an Sport/Gruppenaktivitäten seine sozialen Kompetenzen stärken könnte.“ (6. März – 56:7). Während des Laufprogramms äußerte der Beobachter C. einmal in Bezug auf Herrn S. sein Gefühl, er sei „am Anfang noch etwas unsicher oder betrübt. Schnell kommt er aber in die Gruppe.“ (3. Dez. – 10:2). Ein weiteres Mal dokumentierte er: „Herr S. hat auf mich einen anfangs etwas unsicheren Eindruck gemacht, aber sich dann schon auch wohl gefühlt.“ (14. Jan. – 3:3). Beide Beobachtungen unterstreichen die Annahme, Sport in der Gruppe könnte ihm gut tun.

Hilfsbereitschaft

Die Teilnehmer traten einander meist hilfsbereit und offen entgegen. Die Übungsleiterinnen reflektierten über das Interaktionsverhalten der Teilnehmer in der ersten Einheit und es wurde geschrieben, dass sie „über private Dinge (...), sowie deren Herkunft“ sprachen und sie sich gegenseitig Inhalte bzw. Aufgaben erklärten (Übungsleiterin J., - 39:25). Es wurden viele Situationen festgehalten in denen die Teilnehmer sich gegenseitig unterstützten, indem sie Aufträge übersetzten oder sich Spiele in ihrer Muttersprache erklärten. Nachdem die Übungsleiterinnen ein Spiel erklärten, erkundigte sich Herr H. bei Herrn M. in ihrer Sprache, „ob er es verstanden habe“, woraufhin Herr M. kurz reagierte und Herr H. „wie losgelöst in ihrer Sprache auf ihn ein[redete]“ (Übungsleiterin J., 10. Dez. – 32:6). Der Beobachter C. nahm Herrn H. als stolz wahr, da „er das Spiel verstanden hatte und dieses Herrn M. erklärt hatte“ (10. Dez. – 1:6). Auch in späteren Einheiten fiel es auf, dass Herr H. hilfsbereit übersetzte. So auch in Bezug auf ein Spiel, welches die anderen Teilnehmer bereits gespielt hatten, jedoch für Herrn S. noch unbekannt war. Die Übungsleiterin „erklärte es kurz und Herr H. klärte Unklarheiten mit Herrn S. auf afghanisch“ (Übungsleiterin J., 20. Dez. – 38:17). Herr H. ging auch aktiv auf Teilnehmer zu und „vergewisserte sich (...) bei Herrn W., ob er alles verstanden habe“ (Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:15). Beobachter C., der einige Einheiten verpasst hatte, schrieb im Jänner, dass „(...) auch untereinander die Teilnehmer mehr als in den ersten Einheiten [reden]. Zum Beispiel haben sie sich heute auch gegenseitig die Übungen erklärt, wenn es einer noch nicht verstanden hatte.“ (10. Jan. – 2:20). Der Beobachter C. sprach in dieser Situation ebenfalls von Herrn H.

Auch Herr M. bot sich als Übersetzer an, so hielten die Übungsleiterin V. und ein Beobachter eine Situation fest, in welcher Herr M. einen Auftrag übersetzte (Beobachter C., 21. Jan. – 5:5). Auch die Übungsleiterin J. gab an, dass sich Herr M. und Herr H. oft in ihrer Muttersprache unterhielten (3. Dez. – 44:5) und in einer anderen Einheit schrieb sie, dass Herr M. auf Herrn H.'s Bitte um Erklärung in ihrer Sprache für Klarheit sorgt (10. Jan. – 33:18). Beim Messen des Pulses hatten die Teilnehmer, wie oben erwähnt, größere Schwierigkeiten und auch hier versuchte Herr M. einen Teilnehmer zu unterstützen, indem er ihm zeigte, wo er seinen Puls spüren sollte (Übungsleiterin V., 21. Jan. – 23:17).

Herr W. zeigte sich in einer Einheit besonders hilfsbereit gegenüber einer Übungsleiterin und hilft ihr im Anschluss an die Einheit, die Laufjacken, Mützen und Handschuhe in das Büro zu bringen (Therapeutin, 20. Dez. – 16:30). Die Übungsleiterin J. erzählte, dass er sie „bis zu den Kassen begleitete und sich mit einem festen Händedruck und einem Lächeln auf den Lippen“ verabschiedete (38:42).

Interaktion während des Laufens

Beim Laufen auf der Laufbahn war es auffällig, dass zwar immer kleine Gruppierungen entstanden, jedoch in jeder Gruppe maximal ein Teilnehmer lief. Die Übungsleiterin V. schrieb beispielsweise „Beim freien Laufen entstanden drei Gruppierungen. Beobachter C. und Herr S. starteten ziemlich flott und waren immer voraus, danach liefen Herr M. und Beobachter M., und Herr H., Johanna und ich waren weiter hinten.“ (3. Dez. – 29:14). Die Übungsleiterin J. berichtete von einer folgenden Einheit: „Herr M. lief alleine und Herr H. ebenso.“ (10. Jan. – 33:13). „Beim freien Laufen nahmen die TN keinen Kontakt miteinander auf“, so die Übungsleiterin V. (26. Nov. – 25:23).

Die Teilnehmer konnten ihr Lauftempo frei wählen und liefen unabhängig voneinander ihr eigenes Tempo (vgl. 5.9.5 Fähigkeiten/Fertigkeiten). Es kam nur ein Mal vor, dass zwei der Teilnehmer den freien Laufteil gemeinsam gestalteten. „Herr H. und Herr S. sind die ganze Zeit über auf der Laufbahn gegangen und haben sich unterhalten“, da sie an diesem Tag nicht laufen wollten (Übungsleiterin J., 20. Dez. – 38:36).

Manchmal passten die anwesenden Beobachter/innen ihr Tempo an, sodass Paarungen entstanden und die Möglichkeit zur sozialen Interaktion gegeben war. So lief der Beobachter M. einige Zeit „mit Herrn H., der heute das erste mal offen war und mich auch private Dinge über meine Herkunft und meine Tätigkeit in Wien fragte. Er selbst erzählte auch von sich z.B. dass er aus Afghanistan komme.“ (3. Dez. – 52:4). Die Initiative gemeinsam zu laufen ging fast nie von einem Teilnehmer aus, so berichtete auch Beobachter C., dass er sich „beim Laufen zu Herrn S. gesellt.“ (21. Jan. – 5:10).

Es gab aber auch Initiativen von Seiten der Teilnehmer. Beispielsweise erzählte die Übungsleiterin J., Herr W. habe „sich die meiste Zeit an unser Tempo angepasst, nur manchmal beschleunigte er wieder etwas“ (10. Jan. – 33:15). Die Übungsleiterin V. schilderte einen freien Laufteil, in dem Herr W. sehr schnell lief und gegen Ende ihre Gruppe (Beobachter C. und die beiden Leiterinnen) einholte, aber nicht an ihnen vorbeilief, sondern „die letzten Minuten“, so die Übungsleiterin, „lief er mit uns gemeinsam“ (17. Jan. – 22:5).

Der Beobachter C. skizzierte ebenfalls eine Situation beim freien Laufen: „Als wir Laufen (Beobachter M., ich und Herr S., und die Therapeutin etwa 3 Meter hinter uns) sagt Herr S. plötzlich „Edita [Anm. d. Verf.: die Therapeutin] läuft ja alleine“ und lässt sich ein bisschen abfallen, um mit ihr zu laufen, damit sie nicht alleine läuft. Beide holen dann zusammen Manuel und mich wieder ein und wir laufen zu viert weiter. Es war schön zu sehen, dass er die Situation erkannt hat und seine Bemühung Edita zu integrieren. Er zeigt viel Sinn für Gemeinschaft.“ (14. Jan. – 3:4). Der Beobachter M. illustrierte die Situation gleichartig und fand es interessant, „dass er sich direkt mit den Worten ‚Edita ist alleine‘ hat zurückfallen lassen“ (48:10). Die Therapeutin nahm die Gegebenheiten ähnlich wahr: „Er hält inne, wartet

auf mich und läuft mit mir weiter.“ (15:18). Der Beobachter M. sprach nach der Einheit mit der Therapeutin und erfuhr, „dass Herr S. seine Therapeutin als Mutter/Großmutterersatz sieht“ (14. Jan. – 48:10).

Vorbildwirkung

Zwischen zwei Teilnehmern konnte ein „Kräfte messen“ beobachtet werden, worauf in der folgenden Kategorie 5.9.2 *Selbstkonzept* näher eingegangen wird. Dies könnte auch als Orientierung von Herrn W. an Herrn M. interpretiert werden. Es wiederholten sich die Situationen, in denen es den Anschein gab als nehme Herr W. Herrn M. als Vorbild. Die Übungsleiterinnen erzählten von Herrn M.'s Bereitschaft während dem freien Laufen die Lauftechnikübungen zu wiederholen und beide berichteten davon, dass sich Herr W. davon „anstecken“ ließ bzw. er „teilweise mit ihm mit[machte]“ (26. Nov. – 25:18; 41:19). Die Übungsleiterin V. schrieb Herrn M. eine Vorbildwirkung zu und meinte Herr W. werde durch die Eigeninitiative von Herrn M. „angespornt es ihm gleich zu tun“ (10. Dez. – 18:19).

In der vorletzten Einheit kann die Annahme, dass Herr M. von Herrn W. in Bezug auf seine Sportlichkeit und seine sportliche Leistung geschätzt wird, bestärkt werden. Es wurde ein Spiel gespielt und vorab die Regel festgelegt, dass sich ab einem Rückstand von zwei Punkten das rückständige Team eine/n Spieler/in aus dem gegnerischen Team aussuchen kann. Es spielten Herr W., die Übungsleiterin J. und der Beobachter M. gegen Herrn M., die Therapeutin und den Beobachter C.. Die Übungsleiterin J. schilderte ihre Erinnerungen an die Situation folgendermaßen: „Ich wollte unbedingt wissen, wen Herr W. aussuchen würde (...) [sie] pochte auf Herrn W.'s Entscheidung und er entschied sich ohne zu zögern für Herrn M.“ (28. Jan. – 42:11).

Bei Herrn W. konnte öfter eine Orientierung an der Gruppe festgestellt werden, die Übungsleiterin V. schrieb in der letzten Einheit, dass sich Herr W. „wenn er nicht versteht was gemeint ist, an den anderen orientiert“ (31. Jan. – 28:11). Auch beim Zeitschätzlauf, welcher im Zuge des Aufwärmens durchgeführt wurde, schrieb Übungsleiterin J., er könne „die Zeit nicht besonders gut einschätzen, aber er schien sich an jemandem zu orientieren.“ Sie erörterte Herrn W.'s Strategie genauer und schilderte: „Beim ersten Mal setzte er sich kurz nach einem Beobachter hin, beide lagen falsch. Die Therapeutin erriet beim ersten Mal genau die 1:30min. Beim zweiten Mal orientierte er sich an der Therapeutin und er setzte sich drei Sekunden nach ihr, dieses Mal lag aber auch sie falsch.“ (28. Jan. – 42:5).

Teameinteilung

Wenn es bei einem AufwärmSpiel darum ging, Teams zu bilden oder sich einen Partner auszusuchen, konnten keine signifikanten Regelmäßigkeiten beobachtet werden. Die Therapeutin schrieb in einer Beobachtung sehr nüchtern: „Herr M. übernimmt die Gruppeneinteilung und wählt Beobachter M., Herrn H. und Herrn W. aus.“ Sie fügte jedoch noch hinzu, dass die Frauen (die Therapeutin und die beiden Leiterinnen) sowie Beobachter C. übrig blieben (10. Dez. – 12:6). Die Übungsleiterin J. berichtete ebenfalls von dieser Gruppeneinteilung und spekulierte, „dass er die Schleifen an diejenigen verteilte, die ihm örtlich am Nächsten standen.“ (10. Dez. – 32:5). In einer weiteren Einheit hielt die Übungsleiterin J. fest, dass Herr W. die Teams einteilt und er gemeinsam mit Herrn H. gegen einen Beobachter und die Leiterin spielt (24. Jan. – 40:15). Wiederum in einer anderen Einheit wählte Herr W. Herrn S. und die Übungsleiterin J. und spielte somit gegen die Therapeutin, Herrn M. und Herrn H. (Übungsleiterin J., 20. Dez. – 38:18).

Vertrauen in die Gruppe

Der Beobachter C. äußerte das Gefühl, es werde über Probleme „bis jetzt nur in zweier-Gesprächen gesprochen, wie zum Beispiel heute, beim gemeinsamen Laufen sind meist zwei immer zusammen gelaufen und haben sich dabei etwas unterhalten.“ (3. Dez. – 10:25). Er selbst ist mit Herrn S. gelaufen und dieser erzählte ihm, „dass er seit gestern einen Pass hat und dass er nach London geht um dort für eine Woche die Familie von Seiten seines Vaters zu besuchen. Er sagt er freue sich, aber man merkt dass er sich nicht ‚richtig‘ freut oder freuen kann, er wirkt skeptisch, vorsichtig und angespannt. Er spricht nicht so viel mit den anderen wie das letzte Mal. Ich habe mich gefreut, dass er mit mir darüber spricht und diese Nachricht mit mir teilt.“ (10:13). Die Teilnehmer vertrauten sich auch der Therapeutin an. Sie schrieb beispielsweise: „Herr M. lässt heute ein Gespräch über Gefühle gut zu und meint, er verstehe auch was ich sage.“ (14. Jan. – 15:6). Herr S. erzählte ihr „wie viel Stress er hatte mit AMS, Deutschkurs, Polizei etc.“ (20. Dez. – 16:2).

Das folgende Beispiel verdeutlicht das vertraute Verhältnis zwischen den Teilnehmern und den Leiter/innen: „Herr W. kam kurz nach dem Ende der Laufzeit zu mir her, hielt mir sein Handgelenk hin und wollte, dass ich seinen Puls nahm.“ (Übungsleiterin J., 20. Dez. – 38:37). Ein weiteres Mal berichtete sie: „Herr W. griff an sein Herz und wollte, dass ich seinen Puls messe. Also fühlte ich seinen Herzschlag und Verena stoppte die Zeit.“ (7. Jan. – 46:10). Das Vertrauen der Teilnehmer in die Gruppe kann durch ein weiteres Beispiel verdeutlicht werden, welches ebenfalls Herrn W. betrifft. Aufgrund von Raumproblemen war es notwendig für den Abschluss der Stunde in einen anderen Raum auszuweichen (vgl. 5.9.7 Rahmenbedingungen). Dieser wurde aber nicht auf Angemessenheit geprüft und im

Nachhinein für ungeeignet gehalten (Gitter vor den Fenstern in der Decke, Box Säcke hingen an den Wänden, ein großer Spiegel an einer Wand). Der Beobachter C. äußerte sein Gefühl, „der Raum [habe] keine negativen Auswirkungen“ und er schreibt dies vor allem dem Umstand zu, dass „das Vertrauen mittlerweile in unserer Gruppe sehr groß ist“ (17. Jan. – 4:11). Die Übungsleiterin J. sprach von ihrer Wahrnehmung der Beziehung zwischen Herr M. und dem Beobachter M.. Sie meinte, Herr M. habe einen besonders guten Bezug zu ihm und freute sich „als er sah, dass er [der Beobachter M.] da war und er erzählte ihm, dass er eigentlich letzte Woche jemanden fragen wollte, ‚wo Manuel ist‘, aber dass er es vergessen hatte“ (14. Jan. – 35:3).

In den Nachgesprächen wurden die Teilnehmer gefragt, wie sie die Gruppe erlebt haben. Herr M. meinte die Gruppe sei „sehr nett“ gewesen und sie haben „einander gut respektiert“ (28. Jan. – 54:8). Weiters empfand er die Gruppe als „motivierend“ (54:8). Auf die Frage, ob er lieber alleine oder in der Gruppe Sport machen würde, antwortete er: „Nein, alleine nicht. Brauche Leute um mich. Gruppe ist wichtig.“ (54:8). Aus den Worten von Herrn S. ging ebenfalls klar hervor, dass er das Sporttreiben in der Gruppe positiv bewertet. Er meinte: „Alleine ist nicht gut! Zu viel denken. Lebe alleine (zu viel denken. Alle zusammen ist super!“ (6. März – 56:12). Auch Herr W. äußerte: „Group is also good!“ (31. Jan. – 58:3). Der Interviewer notierte, Herr W. „wäre manchmal alleine gewesen und wir sollten mehr auf den Deutsch-Kurs achten, damit jeder kommen kann. Er möchte lieber mit mehr Leuten Sport treiben, in der Gruppe.“ (58:3). Im Unterschied zu Herrn M., der laut eigener Angabe das Programm „eher nicht“ selbstständig ohne die Gruppe weiter durchführen werde (vgl. 54:6), machte Herr W. „zwar auch Sport alleine und wartet nicht auf Andere dass sie mitmachen, aber er drückt schon klar aus, dass er lieber in Gruppe Sport machen will“ (58:9).

7.2 Selbstkonzept (Hochedlinger)

Aus den Erstgesprächen ging hervor, dass einige Teilnehmer bereits positive Erfahrungen mit Sport und vor allem im Bereich der Kampfsportarten gemacht haben, sie aber über eine längere Zeit keinen Sport betrieben haben. Der Beobachter C., der die Erstgespräche führte sprach die Vermutung aus, dass sie „es sich nicht mehr zu[trauen]“ und weiters sah er aufgrund der Schmerzen und Somatisierungsstörungen die Wahrscheinlichkeit, „dass sie ihre physische Kapazität unterschätzen“ (13. Nov. - 53:9)

7.2.1 Selbsteinschätzung und Selbstregulierung

Die Selbsteinschätzung bzw. Selbstregulierung der Teilnehmer ließ sich während des Laufprogramms beispielsweise durch die Wahl des Lauftempos feststellen. Besonders in den ersten Einheiten legten die Leiterinnen und auch die Beobachter den Teilnehmern mehrfach nahe ein moderates Lauftempo zu wählen, um zu gewährleisten, dass sie die geforderte Zeit durchlaufen konnten. Den Teilnehmern gelang es meistens, bis auf wenige Ausnahmen, ihre Fähigkeiten gut einzuschätzen und sie wählten ein angemessenes Tempo. So hielt die Übungsleiterin V. fest, dass „alle bis auf Herrn H. ihr Tempo gut [wählen], sodass sie die 10 Minuten durchhalten konnten“ (26. Nov. – 25:24). Auch in der folgenden Einheit wird über das Aktivierungsniveau einzelner Teilnehmer reflektiert und so schrieb der Beobachter C.: „Wie auch schon in der vorherigen Stunde fängt er beim Freien Laufen mit einer moderaten Geschwindigkeit an, um sicher zu sein, die Zeit durchzuhalten. Als dann die letzten 2 Minuten ausgerufen wurden, erhöhte er die Geschwindigkeit um sich noch auszuzeichnen.“ (Beobachter C., 29. Nov. – 9:17). Anders wurde die Selbsteinschätzung von Herrn H. beurteilt, bei dem der Beobachter C. den Wunsch aussprach, dass er „hoffe er findet seinen Rhythmus und ein realistisches Aktivierungsniveau“ (26. Nov. – 7:7). Auch Übungsleiterin J. sah bei Herrn H. die Problematik der Selbstüberschätzung und schrieb: „(...) Er startete etwas schnell, Verena und ich bremsten ihn ein bisschen und er konnte 15min durchlaufen“ (3. Dez. – 44:15). Nach anfänglichen Problemen konnte sich Herr H. im Laufe des Programms immer besser einschätzen und lief stets sein eigenes Tempo. Die Therapeutin vermerkte diesen Eindruck in ihrem Tagebuch: „Herr H. läuft sein Tempo und lässt sich durch die anderen nicht stressen.“ (10. Jan. – 13:13). In Bezug auf Herrn S. wurde ebenfalls von Schwierigkeiten berichtet, das Tempo an seine Fähigkeiten anzupassen und so schrieb Übungsleiterin V., er „startet mit zu hohem Tempo, drosselte es aber mit der Zeit“ (29. Nov. – 27:12).

Zwischen Herrn M. und Herrn W. gab es oftmals ein Kräfte messen, ausgehend von Herrn W., der immer wieder versuchte das hohe Tempo von Herrn M. zu laufen, sich dabei aber überschätzte. Übungsleiterin J. schilderte beispielsweise eine Situation, die sich häufig wiederholte: „Herr M. stürmte sofort nach vorne weg, Manuel lief ihm nach, um das Tempo ein wenig herauszunehmen. Herr W. startete ebenfalls mit einem hohen Tempo los.“ (10. Dez. – 32:14). Den weiteren Verlauf veranschaulichte sie folgendermaßen: „Herr W. schaffte es auf der ersten Runde Herrn M. und Manuel zu überholen, fiel aber nach einiger Zeit etwas zurück. Das Tempo bei der vorderen Gruppe war jedoch während der gesamten Zeit eher hoch.“ (10. Dez. – 32:14). Übungsleiterin V. beschrieb die Situation als „Überholjagd“ und meinte, dass Herr W. „sehr motiviert und selbstbewusst [wirkte] und richtig dynamisch [lief] (...)“, weiters beobachtete sie, dass „er aber nicht lange an der Spitze [war], da er das

Tempo nicht durchhielt, aber der Abstand erst gegen Ende größer [wurde] und seine Schritte immer kleiner (...)“ (10. Dez. – 18:25). Der Beobachter C. schätzte die Situation konträr ein und äußerte: „Jeder ist mit seinem eigenen Tempo gelaufen und ich denke dass die Selbsteinschätzung besser wird (...)“ (10. Dez. – 1:9). Auch in den folgenden Einheiten konnten diese Überholjagden immer wieder beobachtet werden. So liest man in den Tagebüchern von Jänner: „Herr M. lief als erster vorne weg und gab ein ziemlich hohes Tempo vor. Herr W. versuchte ihm an den Fersen zu bleiben.“ (Übungsleiterin J., 10. Jan. – 33:9; vgl. 13. Dez. – 34:15). Der Beobachter C. bemerkte an diesem Tag, dass Herr M. „anfangs recht schnell anfang und dann gegen Ende erheblich langsamer wurde.“ Weiters sprach der Beobachter C. den Verdacht aus, dass „er Schwierigkeiten [hat] seine Kräfte einzuschätzen und dementsprechend einzuteilen.“ (10. Jan. – 2:24).

Im Allgemeinen, dies lässt sich auf Basis der Beobachtungen festhalten, wurde die Selbsteinschätzung besonders bei einem Teilnehmer besser. So schrieb die Therapeutin Mitte Dezember, dass „Herr W. heute kontrolliert [läuft]“ (13. Dez. – 14:10), auch die Übungsleiterin J. berichtete: „Herr W. konnte bis zum Schluss die Geschwindigkeit gut halten.“ (17. Dez. – 36:11, vgl. Übungsleiterin V., 6. Dez. – 30:7). Im Jänner hielt der Beobachter C. den Eindruck fest, „dass Herr W. sich seine Kräfte besser einteilt und konstanter läuft“ (10. Jan. – 2:4). Die Therapeutin äußerte auch ihren Gesamteindruck von Herrn W. indem sie sagte, dass es so wirke, „als ob er schon Jahre trainiert. Aufrechte Körperhaltung, gutes Tempo und schlussendlich überholt er alle (außer Herrn M.)“ (10. Dez. – 12:10).

Auch in Bezug auf die anderen Teilnehmer wurde über eine verbesserte Selbsteinschätzung berichtet, wenn beispielsweise die Therapeutin festhielt: „Beide [Anm. d. Verf.: Herr M. und Herr S.] wollen 30 min laufen und beide schaffen die Zeit.“ (14. Jan. – 15:17). Jedoch zeigten sich bei Herrn H., S. und M. auch oftmals große Fehleinschätzungen, die in der Folge kurz dargestellt werden.

Selbstoffenbarung

Bei Herrn S. und Herrn H. gab es sehr viele Situationen, in denen sie zwar sichtlich erschöpft, angestrengt oder überfordert waren, sich beide aber stets bedeckt hielten und etwaige Schwächen so gut wie möglich zu verbergen versuchten.

Der Beobachter C. meinte, dass Herr S. die Laufzeit wohl unterschätzte und man sehen konnte, dass er erschöpft war (29. Nov. - 9:19). Übungsleiterin V. äußerte den Verdacht, dass Herr S. „aufgestaute Energie [hat], oder er wollte beweisen, dass er fit ist und mithalten kann“ (29. Nov. – 27:26). In den folgenden Einheiten kristallisierte sich heraus, dass Herr S.

seine konditionellen Grenzen nicht kannte oder nicht wahrhaben wollte. Demnach vertrat er diese Ansicht auch vor allen anderen. Beispielsweise nahm der Beobachter C. beim gemeinsamen Laufen wahr, dass Herr S. „sehr oberflächlich geatmet [hat] und somit schnell außer Atem gekommen [war]“, dieser lief aber weiter und gab erst gegen Ende zu, „dass er etwas müde sei“ (3. Dez. – 10:12). Im Gespräch mit Übungsleiterin J. beim Verlassen der Laufbahn stellte Herr S. die Situation wiederum eher so dar, als wäre „das Laufen für ihn kein Problem“ und „dass er das nächste Mal länger laufen möchte“ (3. Dez. – 44:28). Eine ähnliche Beobachtung dokumentierte die Therapeutin: „Beim laufen atmet er schwer, als ob er jeden Moment aufgeben muss. Ich mache mir Sorgen, dass er seine Konditionsgrenze überschreitet. Er stoppt einmal, geht hinter eine Mauer und läuft dann weiter. Meint, dass alles ok sei.“ (14. Jan. – 15:19, vgl. Beobachter C., 14. Jan. – 3:7).

Im Anschluss an diese Laufeinheit wurde mit den Teilnehmern über ihr Befinden reflektiert und Herr S. wurde direkt angesprochen, da er sich aus dem Gespräch ausklinkte und nichts dazu sagte. Der Beobachter C. nannte einige Beispiele wie „stiff“, „relaxed“ oder „strong“ und Herr S. meinte, er fühle sich „strong“. Die Übungsleiterin V. hielt den Gedanken fest, dass sich Herr S. wohl „damit am meisten identifizieren konnte, denn dies drückt er auch durch seine Körperhaltung aus.“ (14. Jan. – 20:22). Im Nachgespräch mit Herrn S. ergab sich eine interessante Situation, in der er dem Interviewer ein Foto zeigte, „wo er in einem Gym vor Kraftgeräten posiert“ (6. März – 56:2). Er kommentierte das Foto mit den Worten, „dass er schmal aussieht“ und der Interviewer vermerkte, dass er „einen unzufriedenen Eindruck mit seinem Körper [macht], er drückt seine Unzufriedenheit aus“ und Herr S. meinte, er wolle mehr trainieren, da „sein Oberkörper, Arme und Brust stärker sein [sollten]“ (ebd.).

Die Beobachtungen von Herrn H. zeigen ein vergleichbares Bild, dieser wurde jedoch vorwiegend von Beobachter C. wahrgenommen. „Für mich ist es ein Zeichen, dass er müde wird, dass das Laufen für ihn anstrengend wird, obwohl er dies nicht so ausdrückt.“ (26. Nov. – 7:35). „Herr H. ist auch zeitweise gegangen, weil er auch müde wurde. Er hat dies aber nachher abgestritten, als er sagte ‚12 Minuten oder 10 Minuten sind kein Problem‘.“ (29. Nov. – 9:20). Auch in der folgenden Schilderung des Beobachters C. lässt sich ein Eindruck von Herrn H. gewinnen:

„Als ich mich annähere will er dann aber gleich weiterlaufen und will nicht eingestehen, dass er müde ist. Als ich mich und auch die Therapeutin aber selbst dann ausruhen, dann bleibt er auch da und ich merke dass er selbst seine Müdigkeit wahrnimmt und auch etwas zugibt ‚ja, ein bisschen müde‘. Er nimmt schon seine Grenzen wahr, vertritt diese aber nicht und sagt dies nicht, als ob dies für ihn ein Zeigen von Schwäche wäre. Er lacht/lächelt dann meistens. Dass Herr H. nicht sagt, was er spürt oder denkt, könnte kulturell bedingt sein.“ (10. Jan. – 2:23)

Herr H. versuchte auch in Gesprächen möglichst zu verbergen, wenn ihm etwas nicht klar war und so schrieb der Beobachter C., es falle ihm häufig auf, „dass er verbale Anleitungen nicht versteht, aber dann schnell vorgemachte Übungen abschaut und nachmachen kann“ (10. Jan. – 2:18). Ein vergleichbares Verhalten wird auch bei Herrn S. beobachtet (14. Jan. – 3:9).

Versagensängste

Im Gegensatz zu Herrn S. und Herrn H. zeichnete sich Herr M. durch seine ständigen Äußerungen zu seinem Gesundheitszustand oder seinem Wohlbefinden aus. Alle Beobachter und auch die Übungsleiterinnen konnten Situationen festhalten, in denen Herr M. sowohl vor als auch nach der Belastung seine eigene Leistungsfähigkeit und seine physischen Kapazitäten in Frage stellte bzw. Ängste äußerte. Auch in Bezug auf Übungen wies Herr M. oft darauf hin, „dass er das nicht könne“ und machte es dann „eigentlich immer ganz gut“ (Übungsleiterin V., 6. Dez. – 30:5). Übungsleiterin V. bemerkte auch, dass er „beim Laufen immer selbstsicher [wirkte], nur davor und danach nicht so“ (13. Dez. – 19:7). Übungsleiterin J. schrieb, dass Herr M. nach dem Puls messen und dem Feedback über eine gute erbrachte Leistung, sofort darauf hinwies, dass „es sehr anstrengend für ihn war, weil er noch nicht ganz fit ist (er war krank)“ (20. Dez. – 38:39). In der ersten Einheit nach der Weihnachtspause konnte eine ähnliche Situation erfasst werden. Übungsleiterin J. schilderte, was nach dem freien Laufteil passierte: „Nach Ablauf der Zeit mussten wir Herrn M. mehrmals zurufen, dass er aufhören könne und er lief seine angefangene Runde auch noch fertig. Das ist insofern interessant, als er zu Beginn sagte, dass er etwas verkühlt ist/war und nicht wisse, ob er es schaffe. Herr M. äußert oft Zweifel, Ängste vor Kälte/Wetter, negatives.“ (10. Jan. – 33:17). In der folgenden Laufeinheit konnten die Beobachter dieses Verhalten ebenfalls registrieren und so schrieb beispielsweise der Beobachter C.:

„Herr M. kam etwas müde in die Einheit und drückt dies dann auch aus. Bei den anfänglichen Übungen verliert er diese Müdigkeit schnell und wird, wie er sagt ‚aktiv‘. Doch vor dem Laufen äußert er nochmals, dass er heute nicht so gut drauf ist und wahrscheinlich die 30 Minuten nicht durchlaufen kann. Er schafft es aber die 30 Minuten durchzulaufen und zwar in der schnelleren Gruppe (Verena, Johanna und er laufen zusammen mit einem höheren Tempo vorneweg). Danach loben wir ihn und er sagt, dass er nicht glaubte dass er es schaffen würde, aber dass er es doch geschafft hat. Er macht einen zufriedenen Eindruck. Er hatte diesmal ein konstanteres Tempo – so wie es Verena ihm auch empfohlen hatte - als in den anderen Einheiten wo er häufig schnell vorneweg lief, dann aber gegen Ende langsamer wurde.“ (14. Jan. – 3:21)

Ein weiterer Beobachter konnte aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer herausfinden, dass „er nicht ganz fit sei und ihm ein wenig schwindelig sei“, weiters erinnerte er sich an ein Gespräch mit der Therapeutin, in dem sie anmerkte, „dass Herr M. oft sehr ängstlich ist und hypochondrische Aussagen trifft“ (14. Jan. – 48:9).

Eine geringe Verbesserung der Selbsteinschätzung lässt sich in folgender Situation erkennen, in der der Beobachter C. bei der gemeinsamen Reflexion Herrn M.'s Aussage festhielt, dass er „heute mal schneller gelaufen [ist]“ und vermutete, er wolle „seine Limits kennen lernen“ (6. Dez. – 11:7). Die Therapeutin vermerkte ebenfalls eine Situation, in der Herr M. nach dem Laufen selbstbewusster auftrat und meinte, „ob wir das nächste Mal eine Stunde laufen können?“ (10. Dez. – 12:9).

Gegen Ende der Laufintervention kam es zwischen der Therapeutin und Herrn M. zu einem Gespräch über sein Taekwondo Training. Die Therapeutin fragte ihn, ob er sich durch das Training gut fühle und „er meinte, dass er sich deswegen sicher fühlt“ (Übungsleiterin J., 28. Jan. – 42:3). Übungsleiterin V. hielt zusätzlich fest, dass er Fitnesstraining eher ablehnte, da es für ihn keinen Nutzen bringe und er Taekwondo genau aus diesem Grund machen wollte, um das Gefühl von Sicherheit zu haben (Übungsleiterin V. – 26:3).

Im Nachgespräch wurde Herr M. gefragt, was für ihn das Besondere am Lauftraining war und er antwortete, wie immer sehr reflektiert: „Eine große Überraschung war für mich: Am Anfang sind wir 5 Minuten gelaufen und ich war sehr müde danach. Nach dem Programm jetzt habe ich gespürt, dass ich auch laufen kann, 30 Minuten laufen kann.“ (28. Jan. – 54:3).

7.2.2 Selbstsicherheit

Der Punkt Selbstsicherheit fand sich von Beginn an auf dem Beobachtungsleitfaden und es gibt eine Fülle an Beobachtungen. Die meisten Notizen, in denen es um Veränderungen in Bezug auf die Selbstsicherheit geht, betreffen den Teilnehmer Herr W. Bei ihm konnte die größte Veränderung festgestellt werden.

In den ersten Stunden wurde Herr W. von Beobachter C. als „eher unauffällig“ und in Gesprächen „etwas schüchtern“ beschrieben, er nehme aber „gerne und aktiv teil“. Jedoch ist sich der Beobachter nicht sicher ob er ihn „so sehr beobachtet [hat]“ (22. Nov. – 6:6). Übungsleiterin V. bekräftigte den Eindruck des Beobachters C. und nahm Herrn W. in der ersten Einheit als „eher ruhiger“ (24:12) wahr. Auch in der folgenden Stunde „hält [er] sich am Rande und spricht eher mit leiser Stimme“ (26. Nov. – 7:22), so der Beobachter C.. Übungsleiterin J. notierte in der zweiten Einheit eine Situation, in der ein neuer Teilnehmer zur Gruppe stieß und Herr W. sich bei der Vorstellung „ein wenig zurückhielt“, „mit sehr leiser Stimme [sprach] und nur wenig [sagte]“ (26. Nov. – 41:8). Der Beobachter C. beschrieb seine Wahrnehmung von Herrn W. wie folgt: „Er sucht eher nicht das Gespräch und ist in der verbalen Kommunikation eher zurückhaltend (oder schüchtern). Nicht so im Spiel, wo er sich hineinsteigert und toll mitmacht. Beim Laufen sucht er auch seinen Platz, macht die Bewegungsaufgaben konzentriert und ruhig mit und scheint alles zu kontrollieren.“ (29. Nov.

– 9:24). Mitte Dezember berichtete die Therapeutin davon, dass sie bei ihm einen Wandel wahrnehme: „Herr W. nimmt an Gesprächen zwischen den Trainerinnen und mir Teil. Er hört schweigend zu, lacht ab und zu. Am Ende der Stunde spricht er einige Sätze, erzählt über sich und lacht auffallend viel. Beim Weggehen winkt er. Bei ihm habe ich sehr stark das Gefühl einer persönlichen Veränderung!“ (13. Dezember – 14:14). Übungsleiterin V. konnte in der gleichen Einheit eine Situation festhalten, in der Herr W. wartend vor der Halle, die Studenten beim Medizinballwurf beobachtete und daraufhin lachend meinte, „dass er das heute auch machen [wolle]“. Weiter betonte er selbstbewusst: „Ich bin stark“. (19:3).

Das steigende Selbstbewusstsein von Herrn W. ließ sich außerdem in seiner Interaktion mit den Übungsleiterinnen, Beobachtern und der Therapeutin festhalten (vgl. 5.9.1.2 Soziales Wohlbefinden).

Auch beim freien Laufen fiel Herr W. immer mehr auf. So betonte Übungsleiterin V., dass „er ein ordentliches Tempo vor[legte]“ und sie „das Gefühl [hatte], dass er uns beeindrucken wolle“ (17. Dez. – 21:9). In der beschriebenen Lafeinheit war Herr W. der einzige Teilnehmer und die Übungsleiterinnen, so wie auch die Beobachterin K. und die Therapeutin reflektierten über die Auswirkungen dieses Umstandes. Übungsleiterin J. bemerkte ebenso sein hohes gleichmäßiges Tempo (17. Dez., 36:9) und die Beobachterin K. merkte den Verdacht der Therapeutin an, dass es ihm darum ginge schneller zu laufen als die Frauen und diese zu überrunden, wie es ein anderer Teilnehmer in der Lafeinheit davor tat (47:16). Bereits bei der Techniksequenz im Vorfeld zum freien Laufen verzeichneten die Übungsleiterinnen und die Beobachterin K. das Gefühl, dass Herr W. „sich vor uns Frauen beweisen wollte“ (Übungsleiterin V., 17. Dez. – 21:6; vgl. Beobachterin K., 47:11). Übungsleiterin J. hob in ihrer Beobachtung hervor, dass er auch nach der Aufforderung „es langsamer zu machen (...) sehr schnell und hastig [blieb]“ (17. Dez. – 36:8). Auch Übungsleiterin V. hielt fest, dass er zwar immer sagte: „ja, ok“, aber er sich trotzdem nicht mehr Zeit nahm (17. Dez. – 21:6). Als dann Übungsleiterin V. an ihn herantrat und die Übung mit ihm gemeinsam machte, nahm er das Tempo heraus und überlegte.

Die persönliche Entwicklung von Herrn W. wurde von allen Beobachtern stetig weiter beschrieben und so berichtete die Therapeutin am 20. Dezember: „Herr W. hat unglaublichen Spaß an dem Spiel, lacht laut und springt hin und her. Überhaupt ist Herr W. heute extrem offen, freudig und kommunikativ.“ (16:37). Die Übungsleiterin J. erlebte Herrn W. ebenfalls als „total ausgelassen, gut gelaunt, zappelig und überdreht. Er war ungeduldig und meinte, dass wir anfangen sollen.“ (38:11). Die gesteigerte Selbstsicherheit und sein Drang sich gegenüber anderen zu beweisen bzw. sie zu beeindrucken wurde auch von Übungsleiterin J. in einer Wahrnehmung geschildert: „Herr W. lief heute sehr flott und deutlich schneller als sonst. (...) Immer wenn wir bei Herrn S. und Herrn H. vorbeiliefen,

wurde er deutlich schneller und nach einigen Metern wieder ein bisschen langsamer.“ (20. Dez. – 38:33).

Auch nach der zweiwöchigen Weihnachtspause war das Auftreten von Herrn W. sehr sicher und bestimmt. Übungsleiterin V. sagte, dass er „von Beginn an wieder gut drauf [war]“ (7. Jan. – 31:3). Die Therapeutin bestätigte diesen Eindruck und erzählte, er kam ihr „lachend entgegen“ und begrüßte sie „mit einem festen Händedruck“ (7. Jan. – 17:1). Er bestand weiters darauf das Laufpensum zu steigern, obwohl die Übungsleiterinnen keine Steigerung vorschlugen. Übungsleiterin J. schilderte die Diskussion mit folgenden Worten: „Herr W. erhob sofort Einwand und sagte ‚oder 30‘ ‚heute 30‘, er wiederholte, dass wir zuletzt die 28 Minuten gelaufen sind und jetzt nun mal die 30 Minuten an der Reihe sind.“ (7. Jan. – 46:7). Auch Übungsleiterin V. meinte: „Er wäre nicht davon abzubringen gewesen (...)“ (31:5). Herr W. war in dieser Laufeinheit zum wiederholten Mal der einzige Teilnehmer und die Therapeutin hielt eine Aussage von ihm fest, wo er „etwas spöttisch [meint]: ‚die Anderen sind sicher wieder krank‘.“ (7. Jan. – 17:1). Übungsleiterin V. äußerte auch den Eindruck, dass er „sich langsam schon über die anderen lustig [macht]“ (7. Jan. – 31:1).

Die Ausgelassenheit von Herrn W. nahm seinen Lauf und so zeigte er sich auch in den folgenden Einheiten losgelöst und überdreht. Übungsleiterin J. erörterte eine Techniksequenz bei der alle in einer Reihe liefen und die Übungen der vordersten Person nachmachten. Herr W. reihte sich ohne Aufforderung bereits nach kurzer Zeit ganz vorne an und wollte das „Kommando angeben“ (10. Jan. – 33:6). Die Therapeutin meinte: „Herrn W. fällt es schwer in der Reihe zu laufen. Er läuft immer nach vorne und möchte am schnellsten sein. Tempo an die Gruppe anpassen fällt ihm schwer und [er] sieht den Reiz darin die Führung zu übernehmen. Macht sich seinen Spaß, lacht und nimmt auch mal das Kommando über.“ (10. Jan. – 13:6). Die nächsten Einheiten zeigten ein ähnliches Bild. Er wollte stetig das Laufpensum steigern bzw. lief er kürzere Zeiten mit einer hohen Intensität (vgl. Übungsleiterin V., 17. Jan. – 22:3, Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:10). In der letzten Laufeinheit war Herr W. wiederum alleiniger Teilnehmer und wir liefen zum ersten Mal auf der Finnenbahn. Übungsleiterin J. lief als erste und die anderen „liefen im Gänsemarsch hintereinander.“ Sie dokumentierte, dass Herr W. sie bereits „nach einigen Sekunden überholte und das Tempo vor[gab]“. Außerdem hielt sie fest, dass er „anfangs sehr schnell [lief], (...) aber mit der Zeit deutlich langsamer [wurde]“ (31. Jan. – 43:12). Auch Übungsleiterin V. empfand Herrn W.'s Tempo in den „ersten Minuten“ als „sehr(!) schnell“ und „gegen Ende“ als „eher gemütlich“ (31. Jan. – 28:6). Beide notierten in ihren Beobachtungen, dass Herr W. die Laufrichtung der Kurven oft abwechselte. (Übungsleiterin V. – 28:6; Übungsleiterin J. – 43:12).

Bei einem Teilnehmer, der jedoch nur in der ersten Einheit anwesend war, konnte innerhalb nur einer Stunde eine Veränderung im Auftreten verzeichnet werden. So schrieb die Übungsleiterin V., dass Herr U. als er kam „sehr schüchtern und unsicher war und den Blickkontakt bei der Begrüßung mied, später war es besser“ (22. Nov. – 24:21). Die Übungsleiterin J. beschrieb ihn als „sehr verschlossen“ zu Beginn und „wie ausgewechselt, als die Einheit startete“. Herr U. wurde während der aktiven Bewegungsphasen als „losgelöst“ und mit „Freude an der Bewegung“ dargestellt (39:31). Darüber hinaus empfand die Übungsleiterin J. ihn als „entspannt in den Aktivphasen“ und „eher angespannt in den Ruhephasen“ (29:21). Der Beobachter C. hielt seinen Eindruck von Herrn U. ebenfalls fest und notierte es sei „(...) für ihn nicht einfach aus seinem eher zurückgezogenen Verhalten herauszukommen, aber hier präsentiert er sich als ein sehr entschiedener Mensch (...)“ (6:35). Übungsleiterin V. äußerte die Sorge, dass er sich überschätzen könnte, wenn die Aufgabenstellung es zulassen würde (24:3). Übungsleiterin J. dokumentierte auch, er habe „im Laufe der Stunde immer wieder über seine eigene Leistungsfähigkeit“ gesprochen und er meine, „er könne nicht sehr lange laufen, er würde [aber] gerne viel machen“ (39:13). Der Beobachter C. arbeitete abschließend zu Herrn U. den Gedanken heraus, dass Sport „ein niedrigschwelliges Angebot sein [könnte], das gerade ihn gut anspricht“ (6:35).

In Bezug auf einen Teilnehmer wurde ein besonderes Verhalten wahrgenommen, das nach Einschätzung des Beobachters C. Unsicherheit ausdrücken könnte. So erzählte der Beobachter C., dass Herr H. auf einige Lauftechnikübungen mit Lachen reagierte und er vermutete, „sein Lachen (...) schien aber auch etwas zu verbergen, vielleicht Unsicherheit“ (22. Nov. – 6:5). Im Gespräch mit der Therapeutin erfuhren die Übungsleiterinnen, „dass das [Lachen] ein Zeichen von Scham ist in Afghanistan“ (Übungsleiterin J., 22. Nov. – 39:18). Herr H. wurde von der Therapeutin nach der Weihnachtspause als „sehr zurückhaltend“ beschrieben und sie schilderte eine Situation, in der er „nachdem er einige Zeit sitzt und alles still beobachtet“ aufstand und „alle in seinem besten Deutsch [fragt] wie der Urlaub war“ (10. Jan. – 13:2). Sie betonte, dass man „seine Verunsicherung sich in Deutsch auszudrücken [spürt] und [es] auch diesmal sehr präsent [ist], dass er oftmals vieles nicht versteht jedoch so tut als ob. Das verunsichert natürlich noch mehr.“ (ebd.). Der Beobachter C. vermerkte die persönliche Unsicherheit von Herrn H. ebenso in einer Beobachtung und meinte, Herr H. kennzeichnete sich zwar durch einen offenen Umgang mit uns, jedoch nicht dadurch „seine Meinung zu vertreten“ (10. Jan. – 2:17).

Ein anderer Teilnehmer wurde nach der zweiten Lafeinheit mit den Worten „nach außen tritt er selbstsicher auf“ und für ihn ist alles „kein Problem“ beschrieben. Auch dieser Teilnehmer lächelte immer, ebenso wie Herr H., wenn er solche Aussagen traf (Beobachter C., 29. Nov. – 9:3). Die Übungsleiterin J. hielt fest, dass er „auf annähernd jede Frage die Worte ‚es ist gut, kein Problem‘“ antwortete (14. Jan. – 35:5). Beim Laufen wurde er ähnlich selbstsicher

wahrgenommen und es schien, er „will zeigen (sich selbst und der Außenwelt), dass er es kann“ (Beobachter C., 29. Nov. – 9:3). Übungsleiterin J. berichtete davon, wie Herr S. ihr vor einer Laufeinheit tragische Geschichten aus seinem Leben „mit einem Grinsen im Gesicht“ erzählte und empfand sein Lächeln als „angestrengt und vorgespielt, da er grundsätzlich sehr nüchtern und ohne Emotion erzählte“. Darüber hinaus äußerte sie das Gefühl, dass er „dadurch eher fordernd auf eine Antwort oder Emotion“ ihrerseits pochte (20. Dez. – 38:10).

Anleitung übernehmen

Die Teilnehmer sollten im Laufe der Intervention aktiv in das Programm miteingebunden werden, Programminhalte mitbestimmen und Teile davon anleiten. Zu Beginn waren alle Teilnehmer eher zurückhaltend und „es war ihnen lieber, dass wir es machen“, schrieb Übungsleiterin V (3. Dez. – 29:1). Die Übungsleiterinnen versuchten die Teilnehmer beispielsweise zur Anleitung der Schwunggymnastik zu motivieren, doch in den ersten Einheiten „wollten sie [diese Gelegenheit] noch nicht ergreifen“ und so konterte Herr M. auf den Vorschlag der Übungsleiterinnen: „Sie sind gut!“ (Übungsleiterin J., 3. Dez. – 44:4). Damit meinte er vermutlich, es sei besser, wenn die Übungsleiterinnen anleiten. Einige Male wurden die Teilnehmer auch gebeten eigenständig Teams zu bilden. Übungsleiterin V. erzählte von einer Situation in der sich niemand dazu bereit erklärte (10. Dez. – 18:5).

Die Beobachter und Übungsleiterinnen vermerkten in ihren Tagebüchern, dass es den Teilnehmern schwer fiel, Übungen der Schwunggymnastik vorzumachen (Beobachter C., 10. Dez. – 1:10). Nach einigen Wochen konnten sie jedoch auf die Bitte der Übungsleiterinnen hin Übungen vorzeigen und so schrieb die Übungsleiterin J., dass sich nach mehrmaligem Nachfragen Herr H. einbrachte und zwei Übungen vorzeigte (10. Dez. – 32:4). Der Beobachter C. fand die „eigene[n] Vorschläge und Kreativität [bei Herrn H.] jedoch gering“ (10. Jan. – 2:19). Gegen Ende des Laufprogramms zeigte sich Herr H. eher verweigernd und schob die Anleitung an jemand anderen ab (Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:5).

Die Anleitung zu übernehmen fiel den Teilnehmern bis zum Schluss sehr schwer, sie konnten aber immer wieder dazu motiviert werden, eigene Übungen vorzumachen und ihr Wissen mit der Gruppe zu teilen. Übungsleiterin V. erzählte von einer Situation im Jänner, in der Herr M. auf die Frage, wer die Anleitung übernehmen wolle, eindeutig mit „du“ reagierte und dabei auf Übungsleiterin J. zeigte (14. Jan. – 20:6). Ein Teilnehmer verweigerte die aktive Anleitung sehr deutlich und so schilderte Übungsleiterin J.: „(...) als Herr S. etwas vorzeigen hätte sollen, ging er einige Schritte zurück. Er wandte sich schüchtern zu Clemens und sprach ganz leise, so dass Clemens es akustisch nicht verstand obwohl er direkt neben ihm stand.“ Die Übungsleiterin J. vermutete, dass ihm aufgrund seiner seltenen Teilnahme nichts einfiel und erinnerte sich in der Situation, dass er ihr erzählte, er habe früher einen

Kampfsport trainiert. Aus diesem Grund fragte sie nach Übungen, die man vor einem Training macht und nach kurzer Unsicherheit bejahte er und zeigte einige Bewegungen und Kicks (14. Jan. – 35:13). Die Therapeutin notierte in dieser Situation eine starke Veränderung bei Herrn S. und schrieb: „Bei diesen Übungen verändert sich schlagartig sein Gesicht, eine Kampf mimik.“ (Therapeutin, 14. Jan. – 15:15). Übungsleiterin J. beschrieb die vorgezeigten Übungen als „schwungvoll“ und „unkontrolliert“ (35:13). Auch in den folgenden Einheiten war Herr S. nur schwer davon zu überzeugen die Anleitung einzelner Aufgaben zu übernehmen. So hielt Übungsleiterin V. fest: „Als ich den Wechsel ansagte, wäre eigentlich Herr S. an der Reihe gewesen, er wollte nicht und meinte, dass ich zuerst soll.“ (21. Jan. – 23:7). Auch später in dieser Einheit zeigte sich eine ähnliche Situation, in der „Herr S. wieder nicht vorzeigen [wollte]“ als ihm aber erklärt wurde, er könne irgendeine beliebige Übung machen, „willigte er ein“ (Übungsleiterin V., 21. Jan. – 23:9). Der Beobachter C. meinte, dass „es ihm schwer [fällt] etwas vorzumachen“, vermerkte jedoch auch, dass er „als er dann aber doch eine Übung vormacht (nicht eine die wir schon gemacht haben – so die Aufgabe – sondern eine die er so kennt) sich gut fühlt.“ (21. Jan. – 5:7).

Herr W., der Teilnehmer der am häufigsten anwesend war, brachte sich ab Mitte Dezember, so wurde es von den Beobachter/innen und Übungsleiterinnen wahrgenommen, sehr bereitwillig in die Gestaltung der Stunden ein. Es wurde beschrieben, dass er die Übungsleiterinnen unterstützte, Übungen vorschlug und diese kommentierte (vgl. Übungsleiterin V., 17. Dez. – 21:3; Übungsleiterin J., 36:5). Die Beobachterin K., die nur ein Mal an einer Einheit teilnahm, meinte, er habe „sehr toll mitgemacht und viel Input gegeben“ (17. Dez. – 47:5). Diese Initiative wurde auch in den Einheiten nach der Weihnachtspause erneut wahrgenommen. So kommentierte der Beobachter C., es habe ihn [den Beobachter] „gefreut dass er viele Übungen vormachen konnte. Er hat diese schon gelernt und konnte diese anleiten.“ (17. Jan. – 4:1). Vor der letzten Einheit hatte Herr W. sein Nachgespräch mit der Therapeutin und dem Beobachter C. und er verhielt sich darin sehr aufgeschlossen und zeigte auch dort Übungen vor. Die Übungsleiterinnen erfuhren im Vorfeld an die Einheit davon und machten Herrn W. den Vorschlag, „dass er dann heute gleich die Leitung übernehmen könnte“. Woraufhin ein breites Lächeln über sein Gesicht kam und er meinte „nein, lieber sie“ (Übungsleiterin V., 31. Jan. – 28:1). Das Laufen auf der Finnenbahn in der letzten Einheit gestaltete Herr W. sehr abwechslungsreich. Die Übungsleiterin J. beschrieb, dass zuerst alle im Gänsemarsch hinter ihr liefen, Herr W. sie aber nach kurzer Zeit überholte und ein ordentliches Tempo vorgab. Darüber hinaus variierte er in den verschiedenen Runden immer wieder die Laufrichtung der Kurven (31. Jan. – 43:12).

Im Anschluss an das freie Laufen wurde immer gedehnt und hier zeigte sich vor allem Herr M. mit Vorwissen und Initiative. Bereits in der ersten Einheit „gab er Vorschläge zum Dehnen und zeigte Dehnübungen vor“ (Übungsleiterin J., 22. Nov. – 39:29). Die Übungsleiterinnen

reagierten auf seine offene Haltung indem sie versuchten ihn auch zur Anleitung der Schwunggymnastik zu bewegen. Die Übungsleiterin V. beschrieb in ihrer Beobachtung die Situation folgendermaßen: „Er war unsicher und wollte eigentlich nicht und meinte wie letzte Stunde, dass es besser wäre wenn ich es mache. Ich war mir sicher, dass er es gut machen würde und überredete ihn es zu machen und meinte, dass ich ihm ja helfen kann, wenn er nicht weiter wüsste. Er stimmte zu und sagte die Übungen an.“ (Übungsleiterin V., 6. Dez. – 30:1). Er sagte auch die Bewegungsrichtungen der Körperteile an und zeigte eine neue Übung, die er im Taekwondo Training macht. Herr M. meisterte diese Aufgabe hervorragend und kommentierte die verschiedenen Übungen mit ähnlichen Formulierungen wie die Übungsleiterinnen (Übungsleiterin J., 45:2). Die Übungsleiterin V. glaubte, dass Herr M. sich in dieser Rolle „auch nicht unwohl gefühlt hat“ und dass er lediglich „einen kleinen Anstoß“ benötigte (30:4). Generell resümierte eine Übungsleiterin, dass Herrn M. „immer Übungen einfallen“ und dass es „größtenteils Übungen [sind], die er von uns lernte.“ (Übungsleiterin V., 21. Jan. – 23:6).

Leistungsbewertung

Besonders auffällig war die eigene Leistungsbewertung von Herrn M. Es wird der Eindruck festgehalten, Herr M. mache „seine Leistung meistens schlecht.“ Auch wenn die Übungsleiterinnen mit Herrn M. gemeinsam liefen und sie ihm das Feedback gaben, dass er mit hoher Geschwindigkeit lief und „er ruhig zufrieden sein“ könne. (Übungsleiterin V., 14. Jan. – 20:14).

In manchen Einheiten wurde die eigene Leistungsbewertung der Teilnehmer auch positiv wahrgenommen. So berichteten die Übungsleiterinnen, ein Beobachter und die Therapeutin davon, dass sie nach erfolgreicher Absolvierung der 20 Minuten in lachende und stolze Gesichter blickten (vgl. Beobachter C., 10. Dez. 1:8; Übungsleiterin J. – 32:17). Die Therapeutin schrieb beispielsweise: „Am Ende lachen alle bei high five und sind sichtlich stolz auf ihre Leistung.“ (10. Dez. – 12:11). Die Übungsleiterin J. gab den Teilnehmern das Feedback, dass ihre Leistung nicht selbstverständlich ist und „dies nicht jeder kann“, woraufhin Herr M. erwiderte, „dass sie das auch nicht konnten vorher“ (Übungsleiterin J., 32:20). In ihrer Beobachtung reflektierte Übungsleiterin V. darüber, „dass er [Herr M.] offensichtlich den Zusammenhang zwischen seiner regelmäßigen Teilnahme und seinem erfolgreichen Lauf erkennt“ und meinte, sie freue sich darüber (18:22).

Bei Herrn W. konnte ein besonderes Verhalten wahrgenommen werden. Da er sehr regelmäßig teilnahm, wurden Situationen beschrieben, in denen er sich offensichtlich überlegen fühlte, gegenüber den anderen Teilnehmern. Im Gespräch mit der Therapeutin kommentierte Herr W. beispielsweise, dass „Herr H. schwach sei und bereits nach wenigen

Schritten sehr schnaufen muss“ (Übungsleiterin J., 13. Dez. – 34:18). Auch als über das Kommen von Herrn U. in der folgenden Einheit gesprochen wurde, fiel auf, dass Herr W. mit einem ungläubigen Lachen reagierte (Übungsleiterin J., 17. Dez. – 36:12).

Die Beobachter/innen und Übungsleiterinnen konnten viele Situationen beobachten, in denen Herr W. sich über seine eigene Leistung freute. Als er beispielsweise eine Koordinationsübung machen sollte, die ihm sehr schwer fiel, schrieb Übungsleiterin J.: „Er freute sich und strahlte über das ganze Gesicht, als er es schaffte.“ (17. Dez. – 36:13). In der gleichen Situation bemerkte die Beobachterin K.: „Es war ein großer Erfolg. Die anderen klatschten und ich hatte das Gefühl Herr W. freute sich.“ (47:14). Später in dieser Einheit, nach dem freien Laufen, notierte die Beobachterin K. bei Herrn W. „eine sehr energiegeladene Gestik und eine lächelnde Mimik“ und sie vermerkte, dass er sich nach dem positiven Feedback „freute und noch mehr grinste“ (47:17). Auch in den folgenden Einheiten wurde von seiner Freude über Lob und über eine erbrachte Leistung berichtet. Übungsleiterin V. erwähnte, dass „er [sich] freut wenn man ihn für seine Leistungen und sein Engagement lobt.“ (17. Jan. – 22:13). Übungsleiterin J. berichtete von einem Spiel und erzählte, er „freute sich über beide Ohren“ wenn er für sein Team punkten konnte (28. Jan. – 42:14).

7.3 Motivation (Hofer)

Bereits nach den Erstgesprächen galt Motivation als „ein wichtiger Punkt im Programm (...). Viele TN drücken aus, dass sie gerne Sport machen wollen und auch Laufen gehen wollen, aber sie schaffen es irgendwie nicht... bleiben eher zu Hause... ziehen sich zurück.“ (Erstgespräch, 13. Nov. – 53:8).

Konsequenzerwartungen

Die Motivation der Teilnehmer Sport zu machen zeichnete sich schon in der ersten Einheit ab. „Die ersten drei [Teilnehmer] waren überpünktlich. Der erste war schon vor mir da. Der zweite kam gleichzeitig mit mir. Das war eine halbe Stunde vor Start“ (Beobachter C., 22. Nov. – 6:2). „Die Pünktlichkeit spricht für eine hohe Motivation der Teilnehmer“ (6:1), so der Beobachter C.. Er berichtete weiter von einem Teilnehmer, Herr U., der sich im Vergleich zum Erstgespräch „locker und hoch motiviert [präsentiert]. Er sagt vor Beginn, dass er nicht viele Leute erwartet, da viele zwar sagen sie kommen, aber dann nicht kommen, es nicht schaffen(...)“. Diese Aussage bestätigt den Eindruck des Beobachters C. aus den Erstgesprächen. Der Beobachter C. vermutete, in dieser Aussage stecke die Botschaft, „dass er es geschafft hat zu kommen und dass er stolz darauf ist. Er will etwas machen und

aktiv sein, auch wenn es für ihn nicht einfach erscheint (→ viele schaffen es nicht) (...). Weiters meinte der Teilnehmer zu Beginn der Stunde „dass es ihm egal ist wie viele kommen (...), aber die die hier sind wollen etwas machen (...). Er drängt geradezu anzufangen und läuft beim Laufen vorne weg. Beim Spiel ist er sehr engagiert, läuft sich frei, deckt, etc.“ (6:36). Die Übungsleiterin J. schilderte ähnliche Eindrücke in Bezug auf diesen Teilnehmer (22. Nov – 39:14; 39:28).

Trotz der hohen Motivation dieses Teilnehmers schaffte er es nicht mehr am Programm teilzunehmen. Der Beobachter C. zeigte sich in der zweiten Einheit „überrascht, dass Herr U. nicht gekommen ist“ (26. Nov. – 7:8). Er erfuhr von der Therapeutin, „dass ihm das Programm sehr gut gefällt und er traurig ist dass er zur Zeit krank (erkältet?) ist und nicht mitmachen kann“ (29. Nov. – 9:23). Am 6. Dezember dokumentierte der Beobachter C.: „Herr U. ist nicht gekommen. Es geht ihm anscheinend noch nicht so gut, aber es scheint langsam besser zu werden.“ (11:10). Am 10. Dezember stellte er fest: Herrn U. „haben wir wohl für das Programm verloren. (...) Vielleicht zu viele Ungewissheiten, zu kompliziert. Für Herrn U. ist der Freitag ein sehr ungünstiger Tag wegen der Moscheebesuche.“ (1:1).

Die anwesenden Teilnehmer wurden weiterhin motiviert wahrgenommen. Beispielsweise schrieb der Beobachter C.: „Sie sind sehr motiviert und freuten sich uns zu sehen und aufs Programm“ (26. Nov. – 7:9). Die Übungsleiterin J. teilte dieses Gefühl. Sie schrieb: „Herr W. begrüßte uns mit einem strahlenden Lächeln und schien sich auf das Programm zu freuen.“ (26. Nov. – 41:1). Weiters dokumentierte der Beobachter C. am 29. November: „Herr S. scheint motiviert“ (9:1). „Herr W. kommt mit einem Lächeln an. Er freut sich sehr auf die Einheit“ (9:7). „Auch Herr H. kommt mit einem Lächeln und man merkt er freut sich auf die Einheit“ (9:5). Die Schilderung der Therapeutin unterstützt den Eindruck des Beobachters. Sie schrieb: „Sie [die Teilnehmer] kommen hoch motiviert und man sieht die Vorfreude in ihren Gesichtern. Das ist toll“ (3. Dez. – 10:1). In der letzten Einheit vor der Weihnachtspause sind zwei der Teilnehmer „trotz krank sein/sich nicht wohl fühlen erschienen“ (Therapeutin 20. Dez. – 16:32), was ebenfalls für eine hohe Motivation der Teilnehmer spricht.

Aktivität

Die Motivation der Teilnehmer ist nicht nur durch ihr Erscheinen und ihre Vorfreude zu erklären, sondern wurde auch durch die Aktivität der Teilnehmer sichtbar. Aus den Tagebüchern aller Beobachter/innen geht hervor, dass die Teilnehmer, bis auf wenige Ausnahmen, an allen Übungen und Inhalten des Programms aktiv und bewegungsfreudig teilnahmen. Nach der ersten Einheit beschrieb der Beobachter C. die Teilnehmer als „sehr aktiv und motiviert, man musste sie nicht Anstoßen zum Laufen, sondern sie sind von alleine

gestartet und haben erst dann aufgehört wenn stopp gesagt wurde. Die Aktivierung war dementsprechend gut“ (22. Nov. – 6:20). Auch die beiden Übungsleiterinnen teilten diesen Eindruck und schrieben zusätzlich, dass „in den forcierten Pausen aus Eigeninitiative von Hr. U. und Hr. H. mit Manuel und Clemens Volleyball gespielt wurde“ (Übungsleiterin J., 22. Nov. – 39:19; vgl. Übungsleiterin V. 22. Nov. – 24:4). Die hohe Motivation der Teilnehmer sich zu bewegen und aktiv zu sein festigt sich durch den Eindruck des Beobachters C., „dass mehrere der Teilnehmer höhere Intensitäten wollten und sich ‚auspowern‘ wollten“ (22. Nov. – 6:22). Nach einer anderen Einheit notierte der Beobachter M. dieselbe Vermutung (3. Dez. – 52:13).

Besonders die zeitweise durchgeführten Ballspiele zeichneten sich durch viel Motivation, Engagement und Aktivität der Teilnehmer aus. Dies lässt sich beispielsweise aus folgendem Zitat schließen: „Alle drei setzen sich intensiv körperlich und mental ein. Der Drang als erstes Team die 5 Pkt. zu schaffen ist groß“ (Therapeutin, 10. Dez. – 12:5). Die beiden Übungsleiterinnen teilten diesen Eindruck. „Während dem Spiel waren alle sehr engagiert und es dauerte keine Minute bis alle drei komplett im Spiel versanken (...)“ (Übungsleiterin J., 10. Dez. – 32:8). Weiters fiel ihr ein Teilnehmer auf, der „bei einem Rebound immer der Erste [war] und laut anfeuernd und schreiend zurück zum eigenen Zielreifen stürmte“ (32:9). Übungsleiterin V. schilderte in ihrem Tagebuch inhaltlich das Gleiche (10. Dez. – 18:11).

In die Einheit am 20. Dezember kam ein Teilnehmer sehr müde und gab an, am Vortag feiern gewesen zu sein und zu viel Alkohol getrunken zu haben (Übungsleiterin J., 38:9). Trotz seiner schlechten Verfassung motivierte er sich am Ballspiel teilzunehmen und „spielte sehr ehrgeizig, kämpfte um jeden Ball und entschuldigte sich immer, wenn er den Ball ins Out fallen ließ“ (Übungsleiterin J., 38:21).

Ein Teilnehmer wird von dem Beobachter C. als eher schüchtern und zurückhaltend beschrieben, doch „nicht so im Spiel, wo er sich hineinsteigert und toll mitmacht (...)“ (29. Nov. – 9:10). Die Übungsleiterin J. erzählte von einem Spiel, das „immer lebendiger und wilder [wurde], vor allem Herrn M.'s Sportgeist war geweckt und er war sowohl im Angriff als auch in der Verteidigung immer sehr aktiv“ (28. Jan. – 42:12). Die Teilnehmer „nahmen das Spiel als eine Herausforderung“ (8:3), so der Beobachter C.. Weiters schrieb er, dass es „ein sehr intensives Spiel [war] und alle zeigten hohen Einsatz, teils auch körperlich, z.B. wenn es darum ging den Ball in den Ring zu ‚drücken‘. So rangen zum Beispiel Herr M. und die Therapeutin um einen Ball (...)“ (8:6). Die Übungsleiterin V. resümierte nach diesem Spiel: „Alle waren mit vollem Einsatz bei der Sache“ (28. Jan. – 26:9). Die Beschreibung der Übungsleiterin J., dass sich alle „mit Feuereifer“ am Spiel beteiligten (vgl. 24. Jan. -40:16) unterstreicht abermals die hohe Motivation und den großen Einsatz der Teilnehmer.

Eigeninitiative und Interesse

Die Eigeninitiative eines Teilnehmers wurde mehrmals von den Übungsleiterinnen wahrgenommen. Sie dokumentierten in ihren Tagbüchern, dass Herr M. Übungen aus dem Lauf ABC eigenständig während des freien Laufens durchführte. (Übungsleiterin V.: 26. Nov. – 25:18; 29. Nov., 27:13; 10. Dez. – 18:19; Übungsleiterin J.: 26. Nov. – 41:19; 3. Dez. – 44:12; 28. Jan. – 42:4). Neue Aufgaben wurden von ihm sehr gut angenommen. So schilderte die Übungsleiterin J. Herrn M.'s Verhalten in Bezug auf die zum ersten Mal durchgeführten Übungen durch die Reifenbahn als „sehr ehrgeizig und bewegungsfreudig. Hr. W. war ebenfalls sehr aktiv, jedoch nicht so stark wie Hr. M.“ (6. Dez. – 45:5). Weiters berichtete sie, dass Herr M. beim anschließenden freien Laufteil sehr häufig freiwillig die Reifenbahn durchlief (vgl. 45:9). Die Eigeninitiative dieses Teilnehmers ist vermutlich auf seine hohe Motivation zurückzuführen. Beispielsweise schilderte der Beobachter C.: „Herr M. ist wie immer hoch motiviert und will lernen. Er macht gut mit, schaut sich von den Leiterinnen die Übungen ab und probiert diese aus“ (6. Dez. – 11:6). Die Übungsleiterin V. schrieb ebenfalls nach der gleichen Einheit: „Herr M. war wie immer motiviert, (...)“ (30:8). Die Übungsleiterin J. beschrieb ihn als „stets sehr interessiert an den Übungen (...)“ (3. Dez. – 44:12).

Die hohe Motivation von Herrn M. zeigte sich auch in der Wahl seines Lauftempos und der Lust sich zu verausgaben. Charakteristisch für Herrn M. war die Erhöhung der Laufgeschwindigkeit in den letzten Minuten, um sich auszupeinern. (vgl. z.B.: Beobachter C, 26. Nov. – 7:21; 29. Nov. – 9:18; Übungsleiterin V., 26. Nov. – 25:18; 10. Dez. – 18:21; 14. Jan. – 20:16; 28. Jan. – 26:13; Übungsleiterin J., 26. Nov. – 41:27, 10. Jan. – 33:16) Im Nachgespräch erzählte Herr M., dass er „immer sehr motiviert [war] zu kommen“ (28. Jan. – 54:1). Diese Aussage bestätigt das Bild, das sich die Beobachter/innen von ihm gemacht haben.

Herr M. stach durch sein Interesse, sein Engagement und seine hohe Motivation besonders heraus. Er zeigte von Beginn an großes Interesse an den sportlichen Inhalten. Die Übungsleiterin V. vermerkte, dass er „Fragen zur Technik stellte“ (26. Nov. – 25:14), nachfragte „warum man eigentlich Dehnen soll“ (13. Dez. – 19:10), außerdem hatte sie den Eindruck, dass Herr M. „auch am meisten bei Reflexionen [kommuniziert], oder auch mal nach[fragt]“ (29. Nov. – 27:21). Der Beobachter M. schrieb ebenfalls, Herr M. frage und erzähle viel (26. Nov. – 51:8). Die Übungsleiterin J. betonte auch sein Interesse am „Gespräch über den Puls und den Herzschlag“ (3. Dez. – 44:13). Ein weiterer Beobachter meinte: „Herr M. ist sichtlich interessiert mehr zu Lernen übers Laufen, um dies auch eigenständig weiterzuführen“. (29. Nov. – 9:14). Dieses Gefühl äußerte auch die Übungsleiterin V., wenn sie sagte „der will das wirklich lernen“ (29. Nov. – 27:24).

Herr M. zeichnete sich auch dadurch aus, jegliche „Informationen immer gerne an[zunehmen]“ (ebd., 14. Jan. – 20:12).

Darüber hinaus kann auch von einer Einheit berichtet werden, in der Herr M. sein Wissen und seine Erfahrung mit den Übungsleiterinnen, den Beobachtern und Teilnehmern teilte. Die Übungsleiterin J. schilderte den Beginn einer Einheit: „Die Wartezeit überbrückten wir, indem Herr M. mir einen Taekwondo Kick beibrachte, den er zuvor gegen die Wand übte. Er zeigte mir ganz genau vor und erklärte ihn mir so gut er konnte. Er korrigierte mich, wenn ich etwas falsch machte und lobte mich auch.“ (28. Jan. – 42:2). Von der Übungsleiterin V. wurde er hier als „sehr aufgeschlossen“ und bereitwillig alle Fragen zu beantworten beschrieben (26:2).

Doch auch die anderen Teilnehmer galten als motiviert. Der Beobachter C. notierte nach der vierten Einheit sein Gefühl, dass die Teilnehmer „verstanden [haben], um was es bei uns geht, und sind mehr und mehr bereit zum Beispiel versuchen nachzuspüren und die Lauftechnik zu erlernen“ (3. Dez. – 10:18). Obwohl die Teilnehmer Verständnisprobleme aufgrund der Sprache hatten „bemühen [sie] sich, die Übungen umzusetzen“ (Übungsleiterin V., 26. Nov. – 25:13). Auch in Bezug auf das Laufen und die Steigerung der Laufzeit zeigten sich die Teilnehmer motiviert. Die Übungsleiterin V. notierte, dass Herr S. „sich irgendwann gegen Ende [erkundigte], ob wir das nächste Mal dann 20‘ Minuten laufen werden. Ich denke, er ist motiviert noch länger zu laufen“ (3. Dez. – 29:27). Der Beobachter M. teilte diese Wahrnehmung (vgl. 3. Dez. – 52:13). In der ersten Einheit nach der zweiwöchigen Weihnachtspause wollten die Übungsleiterinnen das Laufpensum eigentlich nicht steigern. Die Übungsleiterin V. erzählte in diesem Zusammenhang:

„Als ich verkündete, dass wir heute 25‘ laufen werden, um langsam wieder einzusteigen, widersprach Herr W. und meinte, dass wir doch schon 30‘ laufen müssen. Ich meinte, dass wir uns wegen der Pause dachten, es sei besser nicht gleich wieder zu steigern und fragte ihn, ob er wirklich 30‘ laufen wolle. Er lachte und bejahte. Er wäre nicht davon abzubringen gewesen, also liefen wir 30‘. Anscheinend war er sehr motiviert das Pensum zu steigern und wusste auch noch ganz genau bei welcher Zeit wir vor den Ferien aufhörten. Er freute sich, dass wir die 30‘ liefen. Beim laufen war er wie immer motiviert und legte ein ordentliches Tempo vor.“ (7. Jan. – 31:6)

Einige Einheiten später fragte die Übungsleiterin J. Herrn W. „wie lange er laufen wolle. Er meinte, 35 Minuten. Er wollte also die Zeit wieder steigern“ (Übungsleiterin V., 17. Jan. – 22:3).

Teilnahmebereitschaft

Eine weniger aktive oder nicht durchgängige Teilnahme am Programm war eher auf Überforderung aufgrund konditioneller Schwächen (vgl. 5.9.5 Fähigkeiten/Fertigkeiten) oder Unwohlsein zurückzuführen, als auf Verweigerung. So notierte die Übungsleiterin J. einen Fall, bei dem Herr H. „sich nicht wohl [fühlte] und meinte, dass er nicht laufen wolle, weil er krank war und noch nicht ganz fit ist. Hr. S. war zu müde um zu laufen“ (20. Dez. – 38:24). Es wurde sich drauf geeinigt, dass „Herr S. und Herr H. langsam gehen und die anderen laufen“ (Therapeutin, 20. Dez. – 16:20). Schon zu Beginn der Einheit nahm die Übungsleiterin J. Herrn H. als sehr müde wahr und auch am Spiel nahm er weniger aktiv teil (20. Dez. – 38:7). Ein Beispiel für eine frühzeitig abgebrochene Laufaktivität von Herrn H wurde sowohl von den Übungsleiterinnen als auch von den Beobachtern C. und M. am 26. November festgehalten und in diesem Zusammenhang auf Schmerzen im Arm- und Schulterbereich hingewiesen (51:7; 7:33; 41:18; 25:17).

Bei der Schwunggymnastik oder Dehnungsübungen wurden bei einem Teilnehmer durchaus Fälle von Verweigerung beobachtet. Beide Übungsleiterinnen und der Beobachter M. merkten am 3. Dezember an, dass Herr S. „die Übung bei der die Schultern hochgezogen werden und dann locker fallen gelassen werden“ nicht mitmachte, „auch nicht als Clemens direkt mit ihm sprach“ (Übungsleiterin J., 44:23; vgl. Beobachter M., 52:9; vgl. Übungsleiterin V., 29:25). Übungsleiterin V. äußerte den Verdacht, „dass Herr S. viele Übungen komisch findet, die wir machen und den Sinn nicht versteht. Beim Dehnen steht er meistens nur da und schaut zu, heute auch wieder“ (14. Jan. – 20:25). Weiters beschrieb die Übungsleiterin V. das Aufwärmen einer Einheit, wo die Teilnehmer die Aufgabe hatten Übungen vorzuzeigen. Wieder fiel Herr S. auf, denn „er machte ein paar Übungen, wo er die Armhaltung variierte. Dann fiel im offenbar nichts mehr ein, denn er beendete den Schattenlauf in Eigeninitiative“ (21. Jan. – 23:10). In dieser Einheit notierte sie außerdem, „dass Herr S. einige Übungen [Anm. d. Verf.: Schwunggymnastik] nicht ordentlich ausführt, ich habe auch das Gefühl er bemüht sich nicht, weil er die Übungen komisch findet“ (23:5). Das Nachgespräch mit Herrn S. lieferte eine Erklärung für seine Verweigerung und der Verdacht der Übungsleiterin V. kann bestätigt werden. Im Nachgespräch steht Herr S. auf und zeigt „was er nicht machen will = Beweglichkeitsübungen → er macht Schwingbewegungen vor, stellt diese aber eher als Tanzen da, und sagt er möchte kein Tanzen machen“ (6. März – 56:4). Auch bei Reflexionsfragen zur eigenen Befindlichkeit zeigte sich Herr S. von einer ähnlichen Seite. Bei der Aufforderung ein aktuelles Gefühl zu nennen notierte die Übungsleiterin J.: „Herr S. ließ sich auf nichts ein und sagte dann aber doch widerwillig „laufen“ (14. Jan. – 35:7).

Der Beobachter C. reflektierte über die Motivation der Teilnehmer und führte diese auf „positive Vorerfahrungen oder zumindest positive Erwartungen an Bewegung und Sport“ zurück (22. Nov. – 6:26). Die meisten Teilnehmer nahmen laut eigener Angabe positive Wirkungen von Bewegung und Sport an sich wahr, was die Vermutung des Beobachters bestärkt und eine Erklärung der Motivation sein kann.

7.4 Körperwahrnehmung (Hochedlinger)

7.4.1 Messung der Herzschlagfrequenz

Die Herzschlagfrequenz gibt Auskunft über die Belastung des Herz-Kreislauf-Systems (Neumann & Hottenrott, 2002, S. 266). Die Messung der Herzschlagfrequenz vor und nach dem Laufen wurde in mehreren Einheiten durchgeführt. Ziel war es zum einen den Kontrast zwischen beiden Messzeitpunkten herauszuarbeiten und zum anderen die Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Herzschlagfrequenz zu sensibilisieren. Wenn in der Folge vom Messen des Pulses gesprochen wird, ist damit das Messen der Herzschlagfrequenz gemeint.

Das Fühlen und Messen des Pulsschlages stellte eine große Herausforderung für alle Teilnehmer dar. Die Übungsleiterinnen hielten fest, dass „3-4 Versuche [notwendig waren] und Hr. S. schaffte es leider nicht seinen Puls zu erspüren. Auch Hr. H. war sich bei seiner Zahl nicht sicher. Hr. M. konnte seinen Puls ermitteln (...)“ (Übungsleiterin J., 3. Dez. – 44:14; vgl. Übungsleiterin V., 3. Dez. – 29:13). Der Beobachter C. nahm vor allem einen Teilnehmer wahr und schrieb: „Herr S. hat große Schwierigkeiten seinen Puls zu fühlen und zu messen. Es fällt ihm insgesamt schwer nachzuspüren“ (3. Dez. – 10:6). Die Übungsleiterin V. äußerte die Vermutung, dass die Teilnehmer vor dem Laufprogramm noch keine Erfahrungen mit dem Messen des Pulses am eigenen Handgelenk gemacht haben (3. Dez. – 29:13).

Im Verlauf der Interventionseinheiten gelang das Erspüren des Pulses den Teilnehmern besser, das durchgehende Mitzählen der gefühlten Schläge bereitete jedoch bis zum Ende des Laufprogramms Schwierigkeiten. Der Beobachter C. hielt beispielsweise in einer der letzten Einheiten fest, dass das „Pulsmessen bei Herrn S. besser geklappt [hat]. Es scheint zumindest als hätte er besser den Puls spüren können. (...)“ (14. Jan. – 3:5). Die Übungsleiterin J. schrieb über Herrn M. beispielsweise: „Hr. M. meinte zwar, er habe den Puls gefunden, konnte jedoch nach dem Messen keine Zahl nennen (...)“ (13. Dez. – 34:13). Vergleichbares fand sich bei der Übungsleiterin V., die davon erzählte, dass Herr M. „sich meistens nicht ganz sicher [ist], ob er richtig mitgezählt hat“ (14. Jan. – 20:18).

Beide Übungsleiterinnen berichteten in Bezug auf Herrn M. von einer ähnlichen Situation an zwei unterschiedlichen Interventionstagen, die darauf schließen lässt, dass ein durchgängiges Fühlen des Pulses für ihn beinahe unmöglich ist. So erläuterte die Übungsleiterin J: „Wir nahmen den Puls. Verena fragte ihn, wie viele Schläge er zählte und er meinte nur, wie viele sie habe. Er war sich nicht sicher und ich sagte meinen Puls, worauf er seinen ähnlich einordnete. Dies ist mir auch bei den vergangenen Malen aufgefallen, dass er nie als Erster etwas sagt und seinen Puls immer ähnlich angibt, wie ein anderer TN oder jemand von uns (...)“ (14. Jan. – 35:25). Eine Woche später stellte die Übungsleiterin V. diese Situation dar: „Wir maßen noch den Puls vor dem Laufen. Herr M. hat irgendwie immer Probleme mitzuzählen. Ich denke schon, dass er den Puls fühlt, denn er zeigte S. auch wo er spüren sollte, aber er ist sich NIE sicher, wie viel er gezählt hat und wenn man ihn fragt, wartet er oft ab, bis jemand eine Zahl nennt und sagt dann was ähnliches. Er sagte dann auch 20 oder 23, er weiß es nicht genau.“ (21. Jan. – 23:16).

Im Zuge dieser Schwierigkeiten den eigenen Puls zu messen, kam es dazu, dass Teilnehmer auf die Übungsleiterinnen oder die Therapeutin zukamen, um den Puls zu messen. So schilderte die Übungsleiterin J. eine Situation in der Einheit nach der Weihnachtspause: „Er griff an sein Herz und wollte, dass ich seinen Puls messe. Also fühlte ich seinen Herzschlag und Verena stoppte die Zeit.“ (7. Jan – 46:10). Auch in einer der letzten Einheiten wurden die Therapeutin und die Übungsleiterin J. von zwei Teilnehmern zur Hilfe herangezogen (Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:13).

7.4.2 Wahrnehmung der Atmung

Um das Bewusstsein für eine gleichmäßige Atmung zu schaffen, wurden in manchen Einheiten Atemübungen angeleitet. Ziel war es den Teilnehmern die Möglichkeit aufzuzeigen, durch die bewusste Steuerung der Atmung zur Entspannung zu kommen. Das gleichmäßige Atmen fiel den Teilnehmern schwer, ihre Atmung war teilweise stoßartig und unregelmäßig. Vor allem die Kombination von Bewegungen und gezielter Atmung konnte nach Ermessen der Übungsleiterin V. nicht gut umgesetzt werden. So schrieb sie beispielsweise, dass „Alle zwar die Übungen mit[machten] und brav die Arme [hoben], aber [sie nicht] den Eindruck [hatte], dass sie wirklich richtig Atmeten“ (22. Nov. – 24:8). Auch während einer speziellen Atemübung (Sonnengruß) konnte sie die Atmung eines Teilnehmers wahrnehmen und darüber berichten: „Die Entspannungs-Atemübung ist für Hr. W. schwierig, aber der Bewegungsablauf klappte besser als beim ersten Mal. Ich denke aber, dass das mit der Atmung nicht ganz richtig ist. Er atmet zwar immer brav aus und ein, aber nicht durchgehend und fließend. Herr M. hat damit, denke ich, weniger Schwierigkeiten.“ (6. Dez. – 30:13).

Bei Herrn S. nahm der Beobachter C. eine sehr flache und geringe Atmung wahr, dies fiel vor allem beim freien Laufen auf. Er berichtete, dass er „schon nach ein paar Minuten [merkt] wie er Schwierigkeiten beim Atmen hat und sehr oberflächlich atmet oder besser gesagt, schnauft“ (21. Jan. – 5:11). Später notierte er: „Wir laufen dann die 20 Minuten durch und mit der Zeit kommt Herr S. wieder rein ins laufen. Allerdings bleibt seine Atmung oberflächlich“ (21. Jan. – 5:16). Die Übungsleiterin V. bestärkte diese Wahrnehmung und schrieb, dass er auch während Dehnungsübungen sehr ungleichmäßig atmete und teilweise „schnaupte“ (21. Jan. – 23:23).

Durch eine mehrmals durchgeführte Kontrastübung sollte den Teilnehmern eine gute Körperposition für eine unbeschwerte Atmung bewusst gemacht werden. Aus den Notizen der Übungsleiterinnen geht hervor, dass der Unterschied für die Teilnehmer spürbar war (vgl. Übungsleiterin V., 17. Jan. – 22:1; Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:18). Interessanterweise stellte ein Teilnehmer seine Gedanken zu dieser Übung explizit dar und erklärte, „dass es besser ist im Liegen zu atmen, aber zum Denken ist es besser zu sitzen und mit dem Kopf nach unten zu schauen“ (Übungsleiterin J., 24. Jan. – 40:19).

7.4.3 Nachspüren und Reflektieren

Das Thema Nachspüren beschäftigte vor allem den Beobachter C. in seinen Tagebüchern. Er erläuterte seine Eindrücke folgendermaßen: „Beim Nachspüren, fällt es allen schwer Körpersignale wahrzunehmen. Nur Herr M. merkte nach dem Laufen an, dass das Herz schneller ist und wärmer ist (auf die Brust deutend)“ (29. Nov. – 9:21). Gegen Ende des Laufprogramms nahm der Beobachter erneut Notiz von der Problematik und reflektierte: „Es fällt den Teilnehmern schwer nachzuspüren. Auch die Stimmung oder Emotionen auszudrücken fällt ihnen schwer. Herr S. sagt meist ‚gut‘ oder ‚fine‘, aber eine Differenzierung findet nicht statt. M. fällt es einfacher Stimmungslagen zu identifizieren und auf den Körper oder Bewegung, z.B. Lauftechnik zu achten“ (14. Jan. – 3:19). Die Therapeutin nahm ebenfalls wahr, dass „das spüren, ob sich etwas gut oder weniger gut anfühlt den Teilnehmern schwer [fällt]. Sie machen alles mit, können aber nicht sagen ob (...) weniger angenehm ist als (...)“ (13. Dez. – 14:6). Weiters berichtete sie davon, dass es den Teilnehmern schwer fällt Gefühle zu benennen (14. Jan. – 15:9).

Die Übungsleiterin V. reflektierte in einer der ersten Beobachtungen über Herrn M. und äußerte die Annahme, dass „er ein besseres Körpergefühl [habe], als einige der anderen TN (...)“ da er „zum zweiten Mal [erwähnte], dass er nach den Übungen Verspannung in den Unterschenkeln spürt“ (3. Dez. – 29:11). Diese Annahme bestätigte sich beispielsweise in der Reflexion nach einem Partnerspiel. Hier konnte Herr M. durch seine Reflexionsbereitschaft und seine gute Körperwahrnehmung hervorstechen. Die Teilnehmer

wurden gefragt, wozu das Spiel gut war bzw. was man beachten musste und Herr M. meldete sich sofort zu Wort und argumentierte, „dass man aufpassen musste dass der ‚Roboter‘ nicht gegen die Wand stößt und dass es manchmal schwierig war. Man müsse aufpassen und schnell reagieren, sich konzentrieren (...)“ (Beobachter C., 28. Jan. – 8:4). Die Übungsleiterin J. stellte die Situation ähnlich dar und erinnerte sich daran, dass Herr M. „einige Schlagwörter wie ‚spüren‘ (Wahrnehmung), ‚Konzentration‘ [gab], als wir noch weitere nannten wie ‚Vorsicht und Rücksicht‘ stimmten beide nickend zu“ (42:10). Die Reflexionsbereitschaft des zweiten Teilnehmers stellte die Übungsleiterin J. weniger bereitwillig dar, wenn sie schrieb: „Herr W. beteiligte sich nicht an dem Gespräch und wenn man ihn etwas fragte grinste er und amüsierte sich weiterhin über das soeben erlebte“ (28. Jan. – 42:10). Die Übungsleiterin V. sah einen Zusammenhang zwischen den Verständnisproblemen von Herrn W. und der Beantwortung von Reflexionsfragen, sie meinte: „Reflexionsfragen sind für W. schwer zu beantworten, ich denke, weil er sie nicht versteht (...) Entweder spürt er den Unterschied nicht oder er versteht die Frage nicht.“ (13. Dez. – 19:5).

7.4.4 Dehnung

Das Dehnen wurde in jeder Einheit als Fixpunkt eingeplant und hatte das Ziel den Unterschied zwischen Belastung (Laufen) und Entlastung (Dehnung und Entspannung) am eigenen Leib erfahrbar zu machen. Es wurde versucht über Übungen zu reflektieren, den Teilnehmern Wissen zu vermitteln und den Raum zu geben nachzuspüren und sowohl Spannung als auch Entspannung wahrzunehmen.

Auffällig war, dass die Teilnehmer oftmals angaben, eine Dehnung nicht zu spüren und dass sie gut gedehnt seien. Der Beobachter C. sah hier einen starken Zusammenhang zwischen Dehnen und Nachspüren und sagt: „Ich glaube eher dass es ihm [einem Teilnehmer] schwer fällt nachzuspüren und seinen Körper wahrzunehmen“ (22. Nov. – 6:23). Auch bei einem weiteren Teilnehmer konnte dieser Eindruck gewonnen werden. „Nachspüren fällt ihnen ganz schwierig. Insbesondere Herr H. sagte, zum Beispiel bei der Dehnung, er spüre nichts. Er sagt dies aber als ob dies der Normalfall sein sollte.“ (Beobachter C., 3. Dez. – 10:9). Eine Übungsleiterin stellte die Vermutung an, „dass er die Frage nicht versteht und dass er denkt es sei schlecht oder falsch, wenn er etwas spürt und deshalb nein sagt. Nur bei der Übung, wo viele Menschen schlecht gedehnt sind (...), meinte auch Herr H. etwas zu spüren“ (Übungsleiterin V., 3. Dez. – 29:22). Die Übungsleiterin J. unterstrich die Vermutung des Verständnisproblems durch die Schilderung von Herrn H.'s Gestik: „[er] zog die Schultern ratlos nach oben“ (3. Dez. – 44:22).

Im Laufe der Zeit konnten einzelne Teilnehmer gedehnte Muskeln besser lokalisieren und auch benennen. So berichteten die Therapeutin und die Übungsleiterin V. einige Wochen nach Beginn des Laufprogramms davon, dass „heute beide angeben [können] wo der Muskel zieht“ (Therapeutin, 13. Dez. – 14:11; vgl. Übungsleiterin V., 13. Dez. – 19:11; vgl. Therapeutin, 20. Dez. – 16:25). Der Beobachter C. nahm eine Verbesserung beim Nachspüren bei Herrn W. wahr, da dieser angab „wo es beim Dehnen zieht und wie sich sein Körper anfühlt (...)“ (17. Jan. – 4:5).

Sowohl Herr H. und Herr S. hatten bis zum Ende des Laufprogramms Schwierigkeiten damit eine Dehnung zu spüren und ihren Körper wahrzunehmen. Die Therapeutin notierte beispielsweise Anfang Jänner: „Beim dehnen fällt es Herrn H. noch immer schwer zu spüren wo die Dehnung ist“ (10. Jan. – 13:15). Einen Eindruck über die Körperwahrnehmung von Herrn S. gibt uns Übungsleiterin V. in dieser Situation:

„(...) Dann fragte ich ihn, wo er es spürt und forderte ihn auf es mir zu zeigen. M. sagte was zu ihm, ich denke er übersetze ihm den Auftrag. Er zeigte dann auf sein Knie (die Übung war eigentlich für die Oberschenkelrückseite). (...) Daraufhin sagte er hier spürt er es auch noch und zeigte so seitlich auf sein Bein in Gesäßnähe. Dann fragte ich ihn, ob er es hier auch spürt und deutete auf die Oberschenkelrückseite und er meinte ja. Ich denke, dass er es gar nicht spürte und irgendwas sagte.“ (21. Jan. – 23:23)

7.4.5 Mobilisierung

Ein fixer Bestandteil jeder Einheit war die Mobilisierung und Schwunggymnastik. Besonders die Übungsleiterinnen verzeichneten bei diesem Programmpunkt einige Notizen und beide schrieben vordergründig über Herrn W. Er hatte „Schwierigkeiten die besagten Körperteile zu mobilisieren, z.B. fällt es ihm sehr schwer nur das Fußgelenk zu bewegen (...). Ich glaube, dass er es sprachlich nicht versteht, aber auch keine Vorstellung hat, wie die Bewegung funktionieren könnte (...).“ (Übungsleiterin V., 6. Dez. – 30:2; vgl. Übungsleiterin J., 6. Dez. – 45:3). Die Schwunggymnastik wurde als „teilweise sehr verkrampft bzw. mit sehr kleinem Bewegungsradius“ (Übungsleiterin J., 6. Dez. – 45:3) beschrieben und „auch als ihn [die Übungsleiterin] darauf ansprach, die Bewegung größer zu machen, veränderte er nichts“ (Übungsleiterin J., 7. Jan. – 46:5).

Bereits nach wenigen Einheiten äußerte die Übungsleiterin V. „den Eindruck, dass W. einige Übungen diesmal besser machte (...). Vielleicht hat er schon ein besseres Gefühl für die einzelnen Körperteile bekommen (...).“ (10. Dez. – 18:4). Dieser Eindruck konnte nicht durch die Notizen der anderen Beobachter bestärkt werden, hingegen berichtete die Übungsleiterin J. auch in der letzten Einheit in Bezug auf Herrn W. über „die üblichen Probleme“ (31. Jan. – 43:5) und betonte erneut den geringen Bewegungsradius.

7.5 Bewegungsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten (Hofer)

7.5.1 Vorerfahrungen

In den Erstgesprächen wurden die Teilnehmer unter Anderem nach ihren sportlichen Erfahrungen gefragt. „Die meisten der bis jetzt Interviewten geben als Vorerfahrung an eine Kampfsportart ausgeübt zu haben, wie z.B. Boxen oder Taekwondo. Aber gleichzeitig geben sie an, dass sie längere Zeit nichts mehr gemacht haben.“ (13. Nov. – 53:6). Zwei der Befragten schätzte der Interviewer „als eher fit [ein] und würde ihnen längeres Joggen zutrauen“ (53:4). Beide „geben an vorher schon Sport gemacht zu haben. Einer der beiden, sagt er habe auch letztens mal wieder angefangen zu Joggen, hat aber dann wieder aufgehört obwohl es ihm anfangs gut getan hatte. Er gehe auch manchmal in der Donau schwimmen. Auf die Frage, ob er auch jetzt noch gehe (bei diesem eher kalten Wetter), antwortet er, dass er nicht in Form ist und zum Schwimmen bei Kälte muss man trainiert sein.“ (53:4).

Auch in Gesprächen mit den Teilnehmern während des Programms konnte Information bezüglich deren sportlichen Vorerfahrung gewonnen werden. Dieses Hintergrundwissen wurde in manchen Tagebüchern festgehalten. Beispielsweise erzählte Herr M., „dass er nun auch mit Taekwondo angefangen habe, und einen Kurs im zweiten Bezirk mache“ (Übungsleiterin J., 26. Nov. – 41:25). Bereits eine Woche später berichtete Herr M. wieder von seinem Taekwondo Training und konstatierte am Ende der Laufeinheit, „dass ihm das Laufen jetzt bereits viel leichter fiel als früher“ (Übungsleiterin J., 3. Dez. – 44:24). Die Übungsleiterin V. sah einen Zusammenhang zwischen seiner Trainingserfahrung im Kampfsport und seinem Verständnis für Dehnungsübungen. „Herr M. kommt mit den Übungen gut klar, hat aber, denke ich, auch ein bisschen Erfahrung in die Richtung durch das Taekwondo Training.“ (Übungsleiterin V., 3. Dez. – 29:24).

Ein Beobachter schrieb über die Körperstatur eines Teilnehmers, dass „sein Oberkörper sehr kräftig ist. Wahrscheinlich trainiert er mit hohen Gewichten.“ (Beobachter C., 3. Dez. – 10:8). Die Übungsleiterin V. erfuhr vom besagten Teilnehmer, dass er tatsächlich Krafttraining betreibt (Übungsleiterin V., 3. Dez. – 29:24) und „er erwähnte auch, dass er sehr viel raucht und, dass er seit knapp zwei Monaten keinen Sport gemacht hat“ (14. Jan. – 48:12). Weiters erzählte er, dass „er früher Kampfsport betrieb (...)“ (Übungsleiterin J., 14. Jan. – 35:12).

An einem Interventionstag im Dezember berichtete Herr W., „dass er öfter bei der Donau laufen geht, seitdem er bei der Intervention mitmacht“ (Übungsleiterin J., 13. Dez – 34:19; vgl. Therapeutin, 13. Dez. – 14:12).

In der nächsten Einheit erfuhr die Übungsleiterin J. etwas über seine Sportgewohnheiten in Pakistan und in Österreich. „Er erzählte davon, dass man in Pakistan eher am frühen Morgen Sport macht. Dass er manchmal schon um 4 Uhr aufstand und direkt vor dem Essen laufen ging. Er erzählte, dass er jetzt hier auch laufen geht, ebenfalls früh und dass er gemerkt hat, dass die Österreicher eher am Abend laufen gehen.“ (17. Dez. – 36:1).

Die Laufgruppe war sehr heterogen. Es gab Teilnehmer, die bisher vermutlich noch nie regelmäßig und zielgerichtet Sport betrieben, andere brachten Erfahrungen mit. Der Laufsport war für die meisten Teilnehmer Neuland.

7.5.2 Konditionelle Fähigkeiten

Die Beobachter und die Übungsleiterinnen nahmen während des freien Laufteils Kenntnis von konditionellen Unterschieden zwischen den Teilnehmern. Diese kamen bereits in der zweiten Einheit aus den Beobachtungen hervor. So berichtete der Beobachter M. einerseits, „der Teilnehmer M. war z.B. sehr motiviert und fit und ist die ganzen 10 Minuten schnell gelaufen“ (26. Nov. – 51:5) und andererseits musste Herr H. „einen Teil der Zeit gehen (...)“ (26. Nov. – 51:7). Weiter hielt er fest, „beim freien Laufen ließen sich große individuelle Unterschiede erkennen“ (26. Nov. – 51:4). Auffällig war die Konditionsschwäche eines Teilnehmers. „Herr. H. ist nicht so fit, er ging wieder ca. die Hälfte der Zeit, die anderen liefen durchgehend (...)“ (Übungsleiterin V., 29. Nov. – 27:14). Auch der Beobachter C. schätzte die sportlichen Fähigkeiten und Vorerfahrungen von Herrn H. geringer ein als bei den anderen Teilnehmern und hoffte, „er fühle sich da nicht zu sehr unter Druck gesetzt in der Gruppe“ (26. Nov. – 7:36). Die Leistungsunterschiede der Teilnehmer im konditionellen Bereich waren aufgrund der unterschiedlichen sportlichen Vorerfahrungen nicht verwunderlich.

Im Sinne der Lauftherapie nach Weber (1999) sollte der freie Laufteil in der Gruppe stattfinden. Die Umsetzung des Laufens als Gruppenerlebnis ist nur möglich, wenn alle Teilnehmer das gleiche Ausgangsniveau haben, was bei Weber Bedingung für eine Teilnahme an der Lauftherapie ist (vgl. 3.4.2 Bausteine der Lauftherapie nach dem Paderborner Modell). Aufgrund der konditionellen Unterschiede unserer Teilnehmer musste eine Differenzierung stattfinden und die Idee Webers adaptiert werden. Die Differenzierung passierte insofern, als jeder Teilnehmer die vorgegebene Laufzeit frei gestalten konnte, das heißt Lauftempo und Wechsel zwischen Lauf- und Gehphasen. Oft passten sich die anwesenden Übungsleiterinnen, die Therapeutin und die Beobachter an die Laufgeschwindigkeit unterschiedlicher Teilnehmer an, sodass diese nicht alleine liefen. So berichtete der Beobachter C. beispielsweise: „Beim Laufen geselle ich mich zu Herrn S. und

wir laufen gemeinsam die Zeit.“ (21. Jan – 5:10). Die Teilnehmer selbst liefen unabhängig voneinander ihr eigenes Tempo.

Aus der Analyse der Daten ging hervor, dass das Reflektieren über die individuelle Gestaltung des freien Laufteils der Teilnehmer hauptsächlich die Übungsleiterinnen beschäftigte. Beispielsweise wurde sehr oft über die unterschiedlichen Lauftempi der Teilnehmer und deren Verteilung auf der Laufbahn berichtet. „Beide TN starteten hinter Verena, der Therapeutin und mir. Herr M. überholte schnell und setzte sich bereits nach kurzer Zeit weit vor uns ab. Herr W. überholte ebenfalls und lief ca. in der Mitte zwischen Hr. M. und uns.“ (Übungsleiterin J., 13. Dez. – 34:14). „Nach einigen Metern setzten Verena, Herr M und ich uns nach vorne ab und die anderen liefen Herrn S.'s Tempo“ (Übungsleiterin J., 14. Jan. – 35:21). „Das Laufen gestaltete sich wie immer. Hr. W. startete mit einem flotten Tempo und lief die ganze Zeit vor uns.“ (Übungsleiterin V., 17. Jan. – 22:4). „Draußen angelangt und gestartet, lief W. wieder sehr flott vorne weg und hielt das Tempo, bis er uns einmal einholte. Die verbleibende Zeit lief er mit Verena, Clemens und mir fertig (ca. 10min).“ (Übungsleiterin J., 17. Jan. – 37:6).

Alle Beobachter/innen vermerkten immer wieder in ihren Tagebüchern, dass die anwesenden Teilnehmer die geforderte Laufzeit bis auf wenige Ausnahmen durchhielten, was für den Erfolg der geringfügigen Steigerung des Laufpensums spricht. (vgl. Therapeutin, 10. Dez. – 12:8; Übungsleiterin V., 13. Dez. – 19:9; Therapeutin, 13. Dez. – 14:8; Übungsleiterin J., 20. Dez. – 38:35; Therapeutin, 20. Dez. – 16:23; Therapeutin, 14. Jan. – 15:17; Übungsleiterin V., 14. Jan. – 20:17; Beobachter M., 14. Jan. – 48:8).

Der Teilnehmer, der zu Beginn durch seine schwache Kondition auffiel, konnte im Laufe der Intervention auch Erfolge verbuchen. Die Übungsleiterin V. hielt nach der 4. Einheit fest: „Herr H. lief zum ersten Mal die gesamte Zeit [Anm. d. Verf.: 15 Minuten]“ und führte dies auf den Umstand zurück, „dass wir zu Beginn nicht spielten und er dadurch noch fitter war“ (3. Dez. – 29:16). Herr H. äußerte in der Einheit zuvor den Wunsch, „dass er lieber zu Beginn der Stunde laufen möchte, da er dann noch fitter sei“ (Übungsleiterin V., 29. Nov. – 27:14). Offensichtlich stimmte diese Einschätzung und es viel ihm leichter das Laufen durchzuhalten, wenn zuvor kein Ballspiel durchgeführt wurde. Auch 20 Minuten laufen konnte er bewältigen (Therapeutin, 10. Dez. – 12:8). Die Übungsleiterin J. hielt nach dieser Einheit fest, dass Herr H. beim freien Laufen „sichtlich angestrengt“ (10. Dez. – 32:15) war. Herr H. konnte aufgrund von Krankheit oder Verhinderung nicht regelmäßig am Programm teilnehmen und profitierte somit nicht so sehr von der langsamen Steigerung des Laufpensums. Nach etwa der Hälfte der Interventionszeit merkte der Beobachter C. an: „Herr H. war eventuell etwas überfordert. Die 30 Minuten laufen sind zu viel für ihn. Er setzt sich auch vor Ablauf der 30 Minuten hin.“ (10. Jan. – 2:8). Weiters äußerte er das Gefühl, „dass

das Laufen ihn Überwindung kostet und es ihm schwerfällt“ (10. Jan. – 2:5).

Für einzelne Teilnehmer war das Laufen sehr anstrengend. Beispielsweise schrieb die Therapeutin: „Beim laufen atmet er schwer, als ob er jeden Moment aufgeben muss. Ich mache mir Sorgen, dass er seine Konditionsgrenze überschreitet. Er stoppt einmal, geht hinter eine Mauer und läuft dann weiter. Meint, dass alles ok sei.“ (14. Jan. – 15:19). Der Beobachter C. schätze den Zustand des Teilnehmers genau so wie die Therapeutin ein. Er berichtete: „Sein Atmen war schwerfällig und ich hatte mehrmals das Gefühl dass er erschöpft sei.“ (14. Jan. – 3:6). Die Anstrengung der Teilnehmer während des freien Laufens wurde auch durch eine schlechter werdende Lauftechnik sichtbar. Der Beobachter C. notierte: „Seine Schritte wirken auch müde und schleifen auf dem Boden. Ich erinnere ihn die Knie anzuheben beim Laufen, doch dies führt er nur kurz durch.“ (14. Jan. – 3:8). „In den letzten Runden wurden Herrn M.s Schritte immer schlampiger und laut. Er schien sehr angestrengt und erst als Übungsleiterin V. sagte, dass nur noch eine Minute fehle, bemühte er sich wieder und lief mit übertrieben hohem Knie.“ (Übungsleiterin J., 14. Jan. – 35:24). Der Beobachter C. schilderte eine ähnliche Situation und schrieb, dass gegen Ende der Laufzeit „seine Beine auch schwach [werden] und er schleift mit seinen Schuhen über den Boden“ (21. Jan. – 5:15).

7.5.3 Koordinative Fähigkeiten

Im Bereich der koordinativen Fähigkeiten gab es ebenfalls Leistungsunterschiede zwischen den Teilnehmern. Die Beobachter/innen nahmen Notiz davon, dass besonders ein Teilnehmer (Herr W.) Schwierigkeiten mit koordinativen Aufgabenstellungen hatte (vgl. 5.9.4.5 Mobilisierung). Der Teilnehmer mit den meisten sportlichen Vorerfahrungen hatte koordinativ die geringsten Probleme.

Der Beobachter C. und die Übungsleiterin V. notierten Vergleichbares: „Bei der abschließenden Gigong – Übung zeigt er [Anm. d. Verf.: Herr W.] große motorische und koordinative Schwierigkeiten, versucht aber mitzumachen und gibt nicht auf.“ (Beobachter C., 29. Nov. – 9:11). „W. hatte Schwierigkeiten mit dem Ablauf der Bewegungen und auch mit der Atmung.“ (Übungsleiterin V., 29. Nov. – 27:18). Auch bei Technikübungen wie zum Beispiel Anfersen, Kniehebelauf, Hopserlauf und Seitgalopp konnten Auffälligkeiten festgestellt werden. Übungsleiterin J. schilderte ihre Eindrücke: „Die TN hatten teilweise bei den Übungen koordinative Schwierigkeiten. Besonders der Hopserlauf war eine Herausforderung. Hr. W. bewegte sich sehr verkrampft und im Passgang fort und Hr. M. konnte die Übung in einem zweiten Durchgang bereits besser umsetzen.“ (13. Dez. – 34:22). Übungsleiterin V. verstärkte durch ihre Beobachtung diesen Eindruck (vgl. 13. Dez. – 19:4). Koordinative Übungen waren für viele Teilnehmer herausfordernd. So wurde auch bei Herrn

H. festgestellt, „dass der Hopserlauf Herrn H. schwer fiel. Er schaffte es nicht die Arme mitzuschwingen und im Rhythmus zu bleiben (...).“ (Übungsleiterin J., 10. Jan. – 33:4). Die Therapeutin bemerkte ebenfalls Schwierigkeiten und schrieb: „Beim Aufwärmen fällt es Herrn H. schwer Balance zu halten.“ (10. Jan. – 13:4). Auch am Ende der Intervention berichtete die Übungsleiterin J. noch von denselben koordinativen Problemen: „Die Fußgelenksarbeit wirkte bei W. eher abgehackt und nicht rhythmisch. Beim Kniehebelauf zog er die Ferse zum Gesäß, anstelle die Knie mehr zu heben. Beim Hopserlauf sprang er zwar auf einem Bein in die Höhe, sein Armschwung war jedoch in die entgegengesetzte Richtung, wodurch er nicht an Höhe gewann (...).“ (31. Jan. – 43:6).

Durch die kontinuierliche Wiederholung der gleichen Übungen der Schwunggymnastik stellte die Übungsleiterin V. bei Herrn W. im Laufe des Programms eine Verbesserung fest. „Er kann die Übungen auch schon viel besser als zu Beginn“ (17. Dez. – 21:4). Nach der zweiwöchigen Weihnachtspause fiel er ihrer Meinung nach wieder in alte Bewegungsmuster zurück. Sie hielt den Eindruck fest, „dass Hr. W. einige Übungen, die er schon besser konnte, heute wieder Probleme bereiteten (vor allem ein Bein in der Hüfte kreisen)“ (7. Jan. – 31:2).

7.6 Sprachprobleme (Hochedlinger)

Diverse Sprachprobleme wurden von allen Beobachter/innen wahrgenommen und in den Tagebüchern festgehalten. Da die Teilnehmer aus unterschiedlichen Ländern stammen und Deutsch nicht ihre Muttersprache ist, war die Verständigung eine große Herausforderung. Sprachliche Probleme zeichneten sich häufig dadurch aus, dass verbale Anleitungen oder Aufforderungen von den Teilnehmern nicht verstanden wurden. Dies konnte beispielsweise bei Spielabläufen beobachtet werden, wenn der Sinn des Spiels verfehlt oder Regeln übergangen wurden. Die Übungsleiterin V. notierte ihren Eindruck, den Zeitschätzlauf verstehe „in der ersten Runde keiner, da die Teilnehmer mir nach liefen und als ich mich auf die Linie stellte, machten sie es auch“ (26. Nov. – 25:6). Herr M. verpasste in der ersten Einheit ein Spiel und „verstand den Sinn des Spiels nicht ganz (...), er stand immer am gleichen Ort und meinte, es sei nicht notwendig zu laufen. Ein Beobachter erklärte ihm dann nochmal, dass man seinen Laufweg beliebig wählen kann und dass es schwieriger für die anderen wird, wenn er läuft.“ (Übungsleiterin V., 29. Nov. – 27:8). Der Beobachter C. notierte ebenfalls, dass Herr M. bei diesem Spiel „nicht wie alle anderen herum[lief]. Er sagt, warum solle er sich denn bei diesem Spiel bewegen. Er könne ja auch so mitspielen. Im Sinne: Um das Spiel durchzuführen brauche ich mich ja nicht bewegen.“ (40:3).

Auch Herr S. kam einmal in die Situation ein Spiel noch nicht zu kennen, da er es in einer Einheit verpasste. Die Übungsleiterin J. „erklärte es kurz und Hr. H. klärte Unklarheiten mit Hr. S. auf afghanisch“ (20. Dez. - 38:43). Ein weiteres Mal dokumentierte die Übungsleiterin V., dass Herrn M. „der Spielablauf nach der Erklärung nicht klar [war]. Herr H. verstand es gleich und erklärte es Herrn M. in ihrer Sprache.“ (10. Jan. – 18:17).

Weiters wurde das Verständnis der Übungen und die Beantwortung von Reflexionsfragen stark von den sprachlichen Barrieren beeinflusst. Die Teilnehmer reagierten auf Verständnisschwierigkeiten nicht durch Nachfragen, sondern sie orientierten sich eher an den anderen Anwesenden oder setzten Übungen nach ihrem Verständnis um. Beispielsweise schrieb die Übungsleiterin V.: „Die Lauftechnikübungen sind für sie (sprachlich) am Schwierigsten zu verstehen. Wenn man nachfragt, wie sich die Übung anfühlt, meinen sie meistens ‚ist okay‘. Ich habe auch immer gesagt, dass wir die Übung bis zur Mittellinie machen und ab dort normal, locker zu Ende laufen, aber das haben sie auch nicht immer gemacht, sondern die Übung bis zum Hallenende durchgeführt.“ (29. Nov. – 27:10). Der Beobachter C. äußerte das Gefühl „Sprach- und Verständnisprobleme [seien] stark vorhanden bei Herrn S. aber auch Herrn H., (...) Beide fragen aber nicht nach, wenn sie es nicht verstanden haben.“ (3. Dez. – 10:16).

Als in einer Einheit nur zwei Teilnehmer anwesend waren, fiel der Übungsleiterin J. „zum ersten Mal ganz klar auf, wie schwer für Herrn W. die Sprache und in Verbindung damit das Verständnis der Übungen ist. Viele Aufgaben oder Fragen, die man ihm stellt, beantwortet er mit einem lächelnden ‚Ja‘, obwohl er offensichtlich nicht weiß, was von ihm verlangt wird!“ (6. Dez. – 45:4). Dem Beobachter C. fiel häufig auf, „dass Herr H. verbale Anleitungen nicht versteht, aber dann schnell vorgemachte Übungen abschaut und nachmachen kann“ (10. Jan. – 2:18). In Bezug auf Herrn S. dokumentierte er Vergleichbares: „Die Kommunikation mit Herrn S. ist nicht immer einfach. Häufig versteht er Anleitungen nicht, sagt aber nichts und schaut dann genau hin bei der Ausführung und kopiert diese.“ (14. Jan. – 3:9).

Sprachbarrieren kamen auch zum Vorschein, wenn es darum ging über die eigenen Gefühle bzw. die Befindlichkeit zu reflektieren oder wenn das Vokabular zur Lauftechnik verwendet wurde. Da es sich hierbei um sehr spezielle Ausdrücke handelt, die in der Alltagssprache kaum verwendet werden und vermutlich in den Deutschkursen, die von allen TN laufend besucht wurden, nicht vorkamen, kannten sie viele dieser Ausdrücke gar nicht. Beispielsweise schilderte die Therapeutin: „Ein Gefühl zu nennen, fällt beiden etwas schwer. Was ist ein Gefühl fragt Herr M. Er gibt an ‚müde‘. Fragt ob das ein Gefühl ist?“ (14. Jan. – 15:8). Die Übungsleiterin V. schrieb in diesem Zusammenhang: „Herr S. hatte

Schwierigkeiten die Aufgabe zu verstehen und sagte lange nichts. Der Beobachter C. erklärte es ihm nochmals und nannte ihm Beispiele. Er sagte letztendlich ‚laufen‘. Ich weiß nicht, ob er es immer noch nicht verstand, oder ob er Schwierigkeiten hat zu spüren wie er sich fühlt bzw. dies zu verbalisieren.“ (14. Jan. – 20:2).

Auch für Herrn W. waren Reflexionsfragen „schwer zu beantworten“, Übungsleiterin V. dachte, „weil er sie nicht versteht“ (13. Dez. – 19:5). Sie nannte als Beispiel Herrn W.'s Antwort auf die Frage „ob es angenehmer ist anzufersern oder normal zu laufen“, denn er meinte „egal“, oder „beides“ (19:5). „Wenn man ihm keine Hilfestellung gibt, hat Herr W. Schwierigkeiten von sich aus zu beschreiben, wie er sich fühlt (außer gut, das sagt er meistens)“, so die Übungsleiterin V. (17. Jan. – 22:11). Der Beobachter C. nahm diese Schwierigkeit ebenfalls wahr. Er notierte: „Er kann auch verbessert Nachspüren. So sagt er wo es beim Dehnen zieht und wie sich sein Körper anfühlt. Nicht immer kann er dass ausdrücken und so kommt häufig ein ‚gut‘.“ (17. Jan. – 4:5). In Bezug auf die Lauftechnikübungen sprach einmal der Beobachter M. seine Empfehlung aus „manchmal einige technische Einweisungen auszulassen, da diese teilweise schwer verständlich waren für die Teilnehmer“ (22. Nov. – 49:6).

Eine weitere Folge von Sprachproblemen war das Auftreten von kleineren und größeren Missverständnissen. Beispielsweise erzählte die Übungsleiterin V.: „Wir fragten wieder, ob jemand die Schwunggymnastik anleiten wolle. Herr H. erklärte sich nach einigem Hin und Her bereit es zu machen, alle freuten sich und applaudierten. Als wir dann alle aufstanden und beginnen wollten, merkte ich, dass er die Frage nicht verstand, denn er wartete darauf, dass wir eine Übung vormachten.“ (10. Dez. – 18:2). Die Übungsleiterin J. notierte diese Situation ebenfalls mit der Interpretation, Herr H. habe die Frage nicht verstanden (32:3). Die Therapeutin dokumentierte, dass Herr W. beim Zeichnen der Befindlichkeit „wieder ein Kreuz/Plus“ machte. Sie äußerte die Vermutung, „dass Herr W. meint, er müsse das Plus oder Minus zeichnen, welches wir in der ersten Stunde gezeichnet haben“ (13. Dez. 14:3). Die Übungsleiterin V. schilderte Ende Jänner ein weiteres „Missverständnis aufgrund der Kommunikationsprobleme mit Herrn S.“ (21. Jan. – 23:1). Sie schrieb: „Zu unserer Überraschung kam Herr S. heute. Er teilte uns letzte Woche eigentlich mit, dass er gar nicht mehr kommen kann, da er nach Deutschland zu seiner Familie fährt. Herr M. amüsierte sich köstlich darüber, dass wir alle dachten, Herr S. würde nicht mehr kommen und in Deutschland sei. Er wusste, dass dies nicht stimmte.“ (23:1). Der Beobachter C. sah diese falsche Annahme auch als „Beispiel für Kommunikationsschwierigkeiten, die wir haben“ (21. Jan. – 5:1).

7.7 Rahmenbedingungen (Hochedlinger)

Zuspätkommen

Während des Interventionsprogramms kam es immer wieder zu zeitlichen Problemen, da einzelne Teilnehmer sehr oft zu spät oder erst sehr knapp zum Beginn einer Einheit erschienen.

Die Übungsleiterin V. hatte nach der zweiten Laufeinheit das Gefühl, „dass alle erstaunt und etwas enttäuscht waren, als es aus war. Da wir verspätet starteten, war die Zeit knapp und verging wie im Flug.“ (26. Nov. – 25:30). Der Beobachter C. erzählte von einer Einheit in der Herr M. zu spät kam: „Er hatte unseren Treffpunkt nicht gefunden und hatte Edita angerufen, welche heute nicht dabei war.“ (26. Nov. – 7:17). Die Therapeutin bemerkte nach einigen Einheiten, dass „Herr M. immer zu spät [kommt]“ (10. Dez. – 12:17). Die Übungsleiterin V. hielt Ähnliches fest und fügte hinzu, dass ohne ihn angefangen wurde (18:1). Auch nach der Weihnachtspause wurde über das Zuspätkommen der Teilnehmer berichtet, so vermerkte die Therapeutin: „Keiner von den Herren ist heute pünktlich.“ (10. Jan. – 13:1). Die Übungsleiterin J. wies Ende Jänner darauf hin, dass „beide Teilnehmer später [kamen]“ (28. Jan. – 42:1) und auch der Beobachter C. notierte: „wir starteten insgesamt recht spät (..) die Einheit [wurde] sehr kurz“ (8:1).

Hindernisse und Barrieren

Aufgrund von Deutschkursen, Arztbesuchen oder sonstigen Terminen war es vielen Teilnehmern nicht möglich das Programm regelmäßig zu besuchen. Oftmals war erst direkt vor Beginn der Einheit klar, wer kommen würde und wer nicht.

Der Beobachter C. hielt fest: „Herr H. und Herr S. haben abgesagt wegen Deutschkurs.“ (6. Dez. – 11:11). Die Übungsleiterin J. schilderte, dass „die Therapeutin versuchte vor der Einheit die anderen TN zu erreichen.“ Herr H. hob ab und meinte, er habe ein Vorstellungsgespräch, Herr M. rief nach der Einheit an und gab an krank zu sein und Herr U. hat zeitgleich mit der Laufeinheit einen Deutschkurs (17. Dez. – 36:3). Ein Teilnehmer nahm sehr selten am Programm teil und so registrierte der Beobachter C.: „Heute kam Herr S. nach langer Zeit wieder. Er erklärt, dass er freitags immer Schule hat und deswegen nicht kommen kann.“ (14. Jan. – 3:1). Auch die Übungsleiterinnen notieren, dass „Herr S. insgesamt nicht oft da [war]“ (Übungsleiterin V., 14. Jan. – 20:25).

Raumprobleme

Der ständige Zeitmangel durch verspätetes Beginnen führte zu Raumproblemen und zwang uns des Öfteren zu einem kurzen und abrupten Stundenausklang. Außerdem mussten der Stundenabschluss sowie Dehnsequenzen sehr oft am Gang oder im Eingangsbereich durchgeführt werden. Dies wurde hauptsächlich von den Übungsleiterinnen festgehalten, wahrscheinlich weil ihre Stundendurchführung dadurch beeinflusst war. (vgl. Übungsleiterin V., 26. Nov. – 25:25; Übungsleiterin J., 26. Nov. – 41:23; Übungsleiterin V., 21. Jan. – 23:22; Übungsleiterin J., 28. Jan. – 42:18; Übungsleiterin V., 28. Jan. – 26:16). Eventuell nahmen die anderen Beobachter/innen diese Organisationschwierigkeiten nicht als problematisch wahr.

An einem Interventionstag riskierten wir aufgrund von Raumproblemen leichtfertig und unwissentlich eine Re-Traumatisierung. Nach einem freien Laufteil auf der Laufbahn wollten wir in die Halle zurückkehren, um dort Entspannungs- und Dehnungsübungen zu machen, jedoch war die Halle bereits durch einen Folgekurs belegt und wir suchten einen anderen Raum für den Abschluss unserer Einheit. „Den Raum für die abschließenden Dehnungs- und Atemübungen haben wir leider nicht gut gewählt (...) wir wichen in einen Konditionsraum aus ohne diesen vorher auf Angemessenheit beurteilt zu haben. Dieser hatte an den Fenstern in der Decke Gitter und es hingen Boxsäcke und andere Teile herum. Ein großer Spiegel war an einer Wand.“ (Beobachter C., 17. Jan. – 4:7) Das war insofern problematisch, als dieser Raum nicht unseren Kriterien eines „sicheren“ Raumes entsprach.

Geschützter Raum

Es war schwierig einen geschützten Raum für die Teilnehmer zu wahren, da sehr oft die Hallentüren geöffnet wurden, Studierende die Halle durchquerten und wir auch auf der Außenanlage mit unvorhersehbaren Situationen konfrontiert wurden. Dies hatte zwar keine direkten Folgen, jedoch konnten von den Übungsleiterinnen und der Therapeutin eine Irritation der Teilnehmer wahrgenommen werden. So berichtete Übungsleiterin V. beispielsweise, dass „zu Beginn der Übung bereits andere Leute in die Halle [kamen], sie gingen durch und waren dann zwar wieder weg, aber ich hatte den Eindruck, dass dies die TN irritierte“ (29. Nov. – 27:19). Auch Übungsleiterin J. schrieb von einem Vorfall auf der Laufbahn: „Plötzlich gab es einen Knall, von einem Schweizerkracher oder einer kleinen Silvesterrakete und wir erschraken alle. Zum Glück passierte das nicht öfter, denn auch die TN waren kurz etwas irritiert.“ (3. Dez. – 44:10). Die Therapeutin schilderte eine Situation am Beginn einer Einheit, bei der beide anwesenden Teilnehmer „etwas abgelenkt [sind] was in der Halle nebenan passiert. Die Zwischenwand ist noch hochgezogen. Herr M. wirkt noch

etwas abwesend/verwirrt, fragt jedoch ob sie mit der Gruppe in der anderen Halle mitspielen dürfen?“ (13. Dez. – 14:5). Übungsleiterin J. schätze die Situation genau so ein (vgl. 34:8).

Genderthematik

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl kam es einige Male vor, dass die Frauen (Übungsleiterinnen und Therapeutin) gegenüber den männlichen Teilnehmern in der Überzahl waren. Dies warf die Frage auf, ob dieser Umstand für die Teilnehmer unangenehm oder problematisch sein könnte. Übungsleiterin J. reflektierte in ihrem Tagebuch darüber und kam zu dem Ergebnis, dass es „kein Problem [war], dass wir drei Frauen mit zwei TN das Programm durchzogen, jedoch hatte ich das Gefühl, dass die Stimmung lockerer ist, wenn Clemens und Manuel anwesend sind. Vor allem Herr M. hat einen starken Bezug zu Manuel“ (13. Dez. – 34:4). Die Einschätzung der Beobachterin K. ist ähnlich, denn sie schrieb: „Ich denke es wäre leichter gewesen (weniger angespannt), wenn andere Männer da gewesen wären. Aber Herr W. saß tapfer da. Wir redeten darüber, dass es schwierig ist mit der zeitlichen Planung und deswegen sehr viele Männer verhindert sind.“ (17. Dez. – 47:3).

In den Nachgesprächen wurden die Teilnehmer nach ihrer Meinung bezüglich der geschlechtsbezogenen Rahmenbedingungen gefragt, da die Übungsleiterinnen zwei Frauen waren. Herr W., der am häufigsten in der Situation war sich mit einer Mehrheit an Frauen konfrontiert zu sehen, gab an: „No problem with women. Women, men, it is all the same!“ (31. Jan. – 58:7). Auch aus dem Gespräch mit Herrn S. kann festgehalten werden, dass die Leitung durch zwei Frauen positiv bewertet wurde. Weiters wurde der Wunsch von ihm geäußert, dass auch das folgende Programm von Frauen angeleitet werden solle (6. März – 56:15). Herr M. erzählte in diesem Zusammenhang von einer Veränderung, die er bei sich selbst beobachten konnte: „Jetzt für mich kein Problem... vielleicht ist es sogar lustiger! (lacht). Aber als ich neu nach Österreich gekommen bin, war es ein Problem, konnte Frauen nicht in die Augen schauen... Aber jetzt habe ich mich daran gewöhnt. Kein Problem.“ (28. Jan. – 54:5).

Wetter

Trotz organisatorischer Herausforderungen und mehr Zeitaufwand durch das Pendeln zwischen Halle und Laufbahn war es gut beides zur Verfügung zu haben, da wir auf diese Weise auf die Bedürfnisse der Teilnehmer eingehen konnten. Die Teilnehmer waren der Meinung, „dass es draußen natürlich besser wäre zu Laufen, aber nur wenn das Wetter mitmacht“ (Beobachter C., 6. Dez. – 11:9). Das Wetter spielte natürlich nicht immer mit und

so hatten die Teilnehmer die Wahl. „Herr S. und Herr M. möchten nicht hinaus gehen, zu kalt“ (Therapeutin, 20. Dez. – 16:16). Auch an einem anderen Tag beschlossen die Teilnehmer [aufgrund der Kälte] heute nur kurz in der Halle zu laufen (10min)“ (Beobachter M., 24. Jan. – 50:1). Ein Teilnehmer sprach während des freien Laufens mit den Übungsleiterinnen und meinte, „dass es ihm sehr gut gefällt draußen, er mag die frische Luft und es gibt sehr viel zu sehen“ (Übungsleiterin V., 3. Dez. – 29:18). Die Übungsleiterin V. äußerte den Eindruck, dass das Laufen draußen die Teilnehmer motivierte. Sie schrieb: „Vielleicht beflügelte es ihn, dass wir auf der Laufbahn liefen, da er beim ersten Mal nicht dabei war und wir sonst immer nur in der Halle liefen.“ (10. Dez. – 18:18). Dieser Eindruck konnte im Nachgespräch mit Herrn W. bestärkt werden, da er auf die Frage nach räumlichen Rahmenbedingungen antwortete: „Outside is good (...)“ (31. Jan. – 58:7).

7.8 Programminhalt (Hochedlinger)

In diesem Punkt werden sowohl positive Aspekte als auch Verbesserungsvorschläge der Beobachter/innen und der Teilnehmer genannt. Die meisten Kritikpunkte wurden von einem Beobachter und nicht von den Übungsleiterinnen wahrgenommen.

Kompetenzerwerb und Nachhaltigkeit

Ein Verbesserungsvorschlag war, die Nachhaltigkeit des Laufprogramms zu gewährleisten, indem den Teilnehmern Kompetenzen zum eigenverantwortlichen Sporttreiben vermittelt werden. Bereits in der dritten Einheit wies der Beobachter C. darauf hin: „Was noch etwas fehlt ist Eigenverantwortung zu übergeben und in Hinsicht auf ein Weiterführung der körperlichen Aktivität nach dem Programm Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten) aufzubauen und eigenständig Handlungspläne zu erstellen.“ (3. Dez. – 10:22). Die Anmerkung des Beobachters C. gegen Ende des Programms, nämlich dass wir „mehr darüber Arbeiten [sollten] wie das Laufen auch eigenständig durchgeführt werden kann und wie man eventuell Barrieren überkommen könnte“ (14. Jan – 3:20; vgl. Beobachter C., 17. Jan. – 4:12) gibt den Anschein, als wäre die Nachhaltigkeit vernachlässigt worden. Dem gegenüber steht eine Aussage aus dem Nachgespräch mit Herrn M., der darüber reflektierte, dass er „gelernt [habe] dass man nicht auf einmal bekommt. Man muss langsam aufbauen, man braucht Zeit und Geduld. Im Programm ist es aufbauend gewesen.“ (28. Jan. – 54:13).

Der Beobachter C. bewertet den Programminhalt der „Lauftechnikverbesserung“ positiv, „da dies einen Rahmen schafft, in dem wir gemeinsam etwas erarbeiten und erlernen“ (3. Dez. – 10:21). Hier wies die Übungsleiterin J. auf die Relevanz der „Sinnhaftigkeit der Übungen“ hin, welche „im weiteren Verlauf immer wieder geklärt werden [muss]“ (26. Nov. – 41:15).

Ein wichtiger Bestandteil des Programms war es den Teilnehmern nach und nach mehr Verantwortung zu übertragen. Die Teilnehmer wurden ermutigt Teile des Aufwärmens mitzugestalten bzw. anzuleiten. Dies konnte umgesetzt werden, bereits nach einigen Einheiten schrieb die Beobachterin K.: „Übungsleiterin J. leitete an anfänglich. Sie fragte Herrn W. ob ihm etwas einfällt. (...) Und Herr W. hat sehr toll mitgemacht und viel Input gegeben.“ (17. Dez. – 47:20). Das Übertragen der Verantwortung wurde auch von Übungsleiterin V. positiv wahrgenommen: „Die Stimmung war gut. Ich denke, es hat allen Spaß gemacht, dass wir gemeinsam das Aufwärmen gestalteten.“ (14. Jan. – 20:8). Auch der Beobachter C. „fand es gut, dass heute die Teilnehmer auch die schon bekannten Übungen vormachen sollten und M. auch eine Übung anleitete“ (14. Jan. – 3:16).

Gruppenprozesse

Nach der zweiten Einheit vermerkte ein Beobachter: „Vielleicht mehr Gruppenprozesse durchführen und gemeinsame Ziele definieren.“ (Beobachter C., 26. Nov. – 7:29). Spiele stellten während der Laufintervention eine gute Möglichkeit dar, die Gruppe zu stärken und die soziale Interaktion zu fördern. Ein Beobachter sieht hier noch größeren Handlungsbedarf und schildert einen Spielverlauf:

„In dem Reifen-Spiel spielten wir drei gegen vier. Übungsleiterin V. schlug die Regel vor, dass bei zwei Punkten Rückstand die Mannschaft mit drei Spielern sich eine Person von der anderen Mannschaft wünschen konnte. Ich fand dass eine sehr gute Idee und freute mich auf diese Dynamik. Als die andere Mannschaft aber im Rückstand war, wollte sie keine weitere Person, sondern wollte es alleine schaffen. Das fand ich schade. Es sollte ja keine Bestrafung oder Erniedrigung sein, dass man sich jemanden aussuchen darf, sondern es sollte zur Ausgeglichenheit beitragen. Ich glaube die strikte Befolgung dieser Regel hätte sich positiv auf die Gruppendynamik ausgewirkt und es hätte die Teams mehr durchmischt und das Miteinander verstärkt.“ (Beobachter C., 28. Jan – 8:5)

Der Beobachter C. betont auch im folgenden Zitat die Chancen, die Gruppe durch ein gemeinsames Spiel zu stärken und unterstreicht vor allem die Notwendigkeit die stattfindenden Prozesse ausgiebig zu besprechen. So postuliert der Beobachter C.: „Wir hätten nach dem Spiel noch mehr reflektieren können, was wir empfunden und erfahren haben.“ (28. Jan. – 8:13).

Reflektion

Es wurden verschiedene Methoden eingesetzt, um den Teilnehmern den Raum zu geben, über ihr eigenes Befinden zu reflektieren und darüber zu sprechen. Zu Beginn wurde die Befindlichkeit durch Daumenbewertung ermittelt, hier vermerkte der Beobachter C. seine Bedenken, indem er schrieb: „Die Daumenbewertung bringt nicht viel. Sind nicht ehrlich.

Aber ist zumindest ein Platz um Meinung zu sagen. Wird aber nicht wirklich benutzt.“ (3. Dez. – 10:10). Nach einigen Einheiten brachte die Therapeutin eine neue Methode ein, die aus dem Bereich der Kunsttherapie stammt und sie schrieb in ihren Beobachtungen: „Alle zwei lassen sich gut und schnell auf das zeichnen ein.“ (13. Dez. – 14:4). Es sollten weitere Methoden gefunden werden, um die Teilnehmer zu einer ehrlichen Teilnahme an der Reflexion zu motivieren.

Stundeneinstieg

Der Stundeneinstieg ist für eine erfolgreiche Einheit zentral. Es wurde versucht durch einen wiederkehrenden Stundenaufbau eine Routine zu schaffen, die das „sich Einlassen“ erleichtern sollte. Ein Beobachter ließ an seinen persönlichen Erfahrungen während eines Stundenbeginns teilhaben und überdachte Möglichkeiten das Einstimmen zu verbessern. Der Beobachter C. reflektierte: „Von meiner Seite hatte ich Schwierigkeiten beim Start der Stunde. Habe mich nicht wirklich eingestimmt auf die Stunde und vor allem auf die Teilnehmer. Ich glaube es wäre wichtig gewesen, dass ich vorher gut durchatme und mir vor Augen halte um was es bei der Einheit / Programm geht und mich darauf konzentriere, d.h. auch andere Gedanken zu anderen Dingen zur Seite zu schieben.“ Seine weiteren Überlegungen betreffen die Teilnehmer und alle Anwesenden und so kommt er zu der Erkenntnis: „Ein Einstimmen ist für alle wichtig und sollten wir vielleicht gezielter durchführen, um einen guten Einstieg in die Stunde zu haben.“ (21. Jan. – 5:19). Der Beobachter M. bewertete die Stimmung in der zweiten Einheit zwar „gut, aber nicht ganz so euphorisch wie in der ersten Stunde“ (26. Nov. – 51:2). Einen möglichen Grund sah er darin, „dass man sich erst im Büro getroffen hat um dann in die Halle zu gehen und das den Rhythmus bzw. die Eingewöhnungsphase ein wenig zerrissen hat“ (51:2).

Überforderung

Nach den Erstgesprächen notierte der Interviewer, welcher in Folge auch ein teilnehmender Beobachter war, zu den Themen Selbstregulierung und Selbsteinschätzung folgende Eindrücke und Gedanken: „Wir müssen aufpassen, dass es nicht zu einer Überforderung kommt. Manche sind hart im nehmen und haben eine hohe Schmerztoleranzschwelle, d.h. sie trainieren vielleicht mehr als sie sollten und könnten negative Erfahrungen (z.B. Schmerzen am nächsten Tag) haben, was die Motivation verringern würde. Selbstregulierung und eine realistische Einschätzung sollten somit zum Bewegungsprogramminhalt gehören.“ (13. Nov. – 53:10). Die Wahrnehmung und das Spüren des Körpers wurden zwar bei Technik-, Dehn- und Entspannungsübungen immer

wieder thematisiert, aber der Fokus auf diese Themen müsste nach Empfinden des Beobachters C. noch geschärft werden. „Das Nachspüren und auf den eigenen Körper zu achten kam zwar heute ein bisschen mehr in der Einheit vor, müsste aber noch verstärkt berücksichtigt werden.“ (14. Jan. – 3:18).

Aufgrund der sprachlichen Herausforderungen wäre es wichtig gewesen die Erklärungen auf das Wesentliche zu reduzieren. Der Beobachter M. gab die Empfehlung „manchmal einige technische Einweisungen auszulassen, da diese teilweise schwer verständlich waren für die Teilnehmer“ (22. Nov. – 49:6). Auch die Übungsleiterin V. kam zu der Erkenntnis, dass „zu viel Erklärung auch nicht gut [ist]“ (31. Jan. – 28:5). Die Wichtigkeit die geforderten Übungen in moderatem Tempo vorzuzeigen und Rücksicht zu nehmen auf das Ausgangsniveau der Teilnehmer, lässt sich aus folgendem Zitat ableiten: „Übungsleiterin V. zeigte die Übungen sehr schnell vor. Ich denke, dass dies ein wenig ein Problem darstellte, da dies Hr. W. auch so schnell bewältigen wollte.“ (Beobachterin K., 17. Dez. – 47:10).

Empfehlungen der Teilnehmer

Die Teilnehmer konnten in den Nachgesprächen Empfehlungen und Programmvorschläge für das folgende Bewegungs- und Sportprogramm bringen und sie äußerten eine breite Ideenpalette. Herr M. sprach über die individuellen Vorlieben und betonte: „Manche mögen Kampfsport, Laufen, Sportarten, Volleyball... Für mich ist alles gut. Bin universal! (...)“ (28. Jan. – 54:18). Auf die Frage, was ihm besonders gefallen habe, antwortet Herr W. „Laufen“, er fügt aber im gleichen Atemzug hinzu, dass er sich mehr Kräftigungsübungen wünschen würde (31. Jan. – 58:2). Ähnliches findet sich im Nachgespräch mit Herrn S., der da empfiehlt Krafttraining und Spiele vermehrt einzubringen und sich klar gegen tänzerische Inhalte äußerte (6. März – 56:16). Im Nachgespräch konnte auch direkt geklärt werden, was Herr S. als „Tanz“ bezeichnete, als er Übungen aus der Schwunggymnastik vorzeigte und er wiederholte, dass er „(...) kein Tanzen machen [möchte]“ (6. März – 56:4).

8 Schlussfolgerungen (Hochedlinger, Hofer)

Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf das psychische, physische und soziale Wohlbefinden der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?

Insgesamt überwiegt auf Basis der Beobachtungen der Eindruck, dass sich alle Teilnehmer nach dem Laufen bzw. der Bewegung wohl fühlten und zufrieden wirkten. Wie bereits in der Literatur beschrieben (vgl. 2.3.2.1 *Besser schlafen*, S. 14f und 2.3.2.3 *Verbessertes Wohlbefinden*, 16f) kann auch bei dieser Intervention von einer positiven Wirkung des Laufens auf das psychische und physische Wohlbefinden ausgegangen werden. Teilweise wurde eine Verbesserung des Wohlbefindens nach dem Laufen von den Teilnehmern selbst angesprochen. Eine Vielzahl wahrgenommener und thematisierter positiver Wirkungen von Bewegung und Sport im Laufprogramm auf das psychische und physische Wohlbefinden wurden auf den Seiten 84-87 beschrieben.

Alle Teilnehmer schienen sich in der Gruppe wohl zu fühlen und die Möglichkeit mit anderen in einem sportlichen Rahmen zu interagieren und kommunizieren zu begrüßen. Somit kann auch eine positive Wirkung des Laufprogramms auf das soziale Wohlbefinden postuliert werden. Auch Weber sieht in der Laufgruppe ein großes Potenzial, denn sie ist „ein herausragender Faktor bezüglich Wohlfühl-Erlebnis und Identität. (...) Sie ist Ort der Geborgenheit und Quelle freudvoller Erlebnisse.“ (1999, S. 18). In den Beobachtungen während der Intervention wurde beispielsweise über die gute Gruppenatmosphäre (vgl. S. 88-90) sowie die vertraute Beziehung zwischen der Therapeutin und einem Teilnehmer berichtet (vgl. S. 91f). Die anfangs kritisch beurteilte Anleitung einer Männergruppe durch zwei Frauen hatte keine negativen Auswirkungen auf das soziale Wohlbefinden (vgl. S. 90f; S. 131). Dies lässt sich durch folgendes prägnantes Zitat hervorheben: „No problem with women. Women, men, it is all the same!“ (Nachgespräch Herr W., 31. Jan. – 58:7). Ein weiteres Indiz für das soziale Wohlbefinden war die offene und kommunikative Art, mit der die Teilnehmer in den Einheiten sowie davor und danach auftraten (vgl. S. 92-94). Auch die Hilfsbereitschaft der Teilnehmer, wenn es darum ging Spielanleitungen in ihrer Muttersprache zu verdeutlichen oder Reflexionsfragen zu klären, können hervorgehoben werden (vgl. S. 95). Das Vertrauen in die Gruppe und somit das Wohlbefinden im sozialen Miteinander lassen sich durch einige Beobachtungen bestätigen (vgl. S. 98f).

Für Herrn H. war am Anfang der Intervention eine offene und fröhliche Art charakteristisch. Das Laufen war für ihn anstrengend, doch der Beobachter C. hatte den Eindruck, dass es ihm gut tut und dass er dies auch selbst spürt. Da mit Herrn H. kein Nachgespräch geführt

wurde, ist unklar, ob und welche Veränderungen er selbst durch das Laufen wahrgenommen hat.

Herr H. genoss die soziale Interaktion und bemühte sich trotz Sprachproblemen private Gespräche mit den Beobachter/innen zu führen. Mit den anderen Teilnehmern unterhielt er sich häufig in ihrer Muttersprache.

Herr H. besuchte die ersten vier Einheiten. Danach nahm er nur weitere vier Mal in unregelmäßigen Abständen teil. Als Grund für sein Fehlen gab er häufig an, krank zu sein. Wenn er anwesend war, wurde Herr H. zunehmend verschlossener und bedrückter wahrgenommen, was laut Angabe der Therapeutin auf seinen unsicheren Aufenthaltsstatus zurückzuführen war.

Im Fall von Herrn H. ist es schwierig die Frage nach der Verbesserung des Wohlbefindens zu beantworten. Es machte den Anschein, dass ihm die Bewegung und die soziale Kontaktaufnahme gut taten. Trotzdem konnte er sich aufgrund persönlicher Barrieren oftmals nicht überwinden zu kommen.

Herr S. hatte stets ein hohes Ausmaß an Spannung in seinem Körper, dies kann als Zeichen des Unwohlseins und der Unsicherheit in bestimmten Situationen gesehen, aber vor allem auf seine schlechte psychische Verfassung zurückgeführt werden. Er machte oft einen verwirrten Eindruck und hatte Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Für ihn war die Bewegung während der Einheiten ein Ventil, was teilweise in einer übertriebenen Aktivität sichtbar wurde. Es konnte über die Dauer der Intervention von den Beobachter/innen keine eindeutige Verbesserung des Wohlbefindens wahrgenommen werden. Jedoch wurde über eine nachlassende Anspannung und Stimmungsveränderung nach dem Sporttreiben berichtet. Herr S. konnte nach eigener Angabe eine Verbesserung seines Schlafs feststellen und nahm sich nach der Bewegung weniger müde wahr.

Es wurde vermutet, Herrn S.'s soziale Kompetenzen seien eher schwach. Er hatte während der gesamten Interventionszeit Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau, vor allem mit den anderen Teilnehmern. Trotzdem machte es den Eindruck, er fühle sich in der Gruppe wohl und das gemeinsame Sporttreiben sei für ihn wichtig. Im Nachgespräch bestätigte sich dieser Eindruck. Herr S. betonte die Wichtigkeit des Sporttreibens in der Gruppe, denn wenn er alleine sei, denke er zu viel. Manchmal vertraute er sich in Zweiergesprächen einem der Beobachter/innen an und erzählte schwer nachvollziehbare Geschichten. Es wird vermutet, dass es ihm half über seine Sorgen zu sprechen und er sich dadurch ein bisschen Luft machen konnte.

Herr S. nahm insgesamt nur sechs Mal am Programm teil, wodurch keine großen Veränderungen oder Verbesserungen erwartet werden können. Es ist anzunehmen, dass

eine regelmäßige Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Sportaktivität Herrn S.'s soziale Kompetenzen stärken könnten und auch sein physisches und psychisches Wohl positiv beeinflussen würde.

Herr M. machte von Beginn an durch sein offenes und kommunikatives Auftreten den Eindruck sich sehr wohl zu fühlen. Auch in seinem Körper- und Bewegungsverhalten gab es keine offensichtlichen Anzeichen von Spannung und Unwohlsein. Im Kontrast zu diesen Beobachtungen standen seine hypochondrischen Aussagen. Die Angst sich zu verkühlen und krank zu werden war sein ständiger Begleiter. Häufig fühlte er sich müde, hatte Kopfschmerzen oder gab an nicht ganz fit zu sein, obwohl er sich beim Laufen meist von einer sehr fitten Seite zeigte. Er selbst stellte nach dem Laufen eine Verbesserung seines Wohlbefindens fest. Herr M. berichtete von verbesserter Schlafqualität, weniger Unruhe und weniger negativer Gedanken, seitdem er aktiver ist. Für Herrn M. war die Möglichkeit in einer Gruppe Sport zu machen sehr wichtig. Er gab an, alleine nicht aktiv zu werden, denn er brauche Leute um sich.

Bei Herrn W. kann eine eindeutige Verbesserung des Wohlbefindens postuliert werden. Er zeichnete sich zu Interventionsbeginn durch Schüchternheit im Auftreten und Zurückhaltung in Gesprächen aus. Sein Laufstil war geprägt von einem steifen Oberkörper und kleinen Schritten. Das Auftreten und Bewegungsverhalten von Herrn W. wurden im Laufe der Intervention zunehmend lockerer und offener. Dies deutet darauf hin, dass er sich immer wohler fühlte. Herr W. äußerte selbst das Gefühl, das Laufen tue ihm gut und auch im Nachgespräch betont er, dass ihm das Laufen am besten gefiel. Herr W. erzählte, er fühle sich nach dem Laufen klarer im Kopf, weniger müde und aktiver. Darüber hinaus soll an dieser Stelle die Aussage von Herrn W. wiederholt werden, um herauszuarbeiten wie bewusst und stark er die positive Wirkung von Sport an sich selbst wahrnimmt: „Exercise ist viel besser als Therapie. Speaking is not good! Moving, exercise is good!“ (Nachgespräch, 31. Jan, 58:5).

Herr W. schien die Möglichkeit unter Leute zu kommen zu genießen. So kam er beispielsweise zwei Mal eine Stunde vor Programmstart und schien sich daran zu erfreuen die Zeit wartend im Büro des Beobachters C. zu verbringen, obwohl die beiden kaum miteinander sprachen. Im Laufe der Intervention wurde Herr W. kommunikativer und nutzte die Wartezeit oft für Gespräche mit den Beobachter/innen. Bei den Spielen zeigte sich Herr W. stets sehr gut gelaunt, fröhlich und kam richtig aus sich heraus. Ein Hinweis dafür, dass er vom sozialen Miteinander im Spiel profitierte. Herr W. war in manchen Einheiten der einzige Teilnehmer und betonte im Nachgespräch, er möge lieber mit mehr Leuten in der Gruppe Sport treiben. Ein weiterer Hinweis dafür, dass er die Möglichkeit der sozialen Interaktion begrüßte und genoss.

Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf das Selbstkonzept der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?

In Bezug auf die Wirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Laufprogramm auf das Selbstkonzept der Teilnehmer konnten einige Veränderungen festgestellt werden. Im Bereich der Selbsteinschätzung bzw. Selbstregulierung kam es zu Verbesserungen in der Wahl des Lauf tempos (vgl. S. 100f). In Bezug auf die Verbesserung der Selbstsicherheit war vor allem die Entwicklung eines Teilnehmers auffällig (vgl. S.104-106), der am häufigsten das Laufprogramm besuchte. Dies unterstreicht die Annahme, dass eine regelmäßige Teilnahme im direkten Zusammenhang mit der Verbesserung der Selbstsicherheit steht. Die Steigerung des Selbstbewusstseins durch regelmäßiges Laufen war auch eine der positiven Wirkungen, die Bartmann (2009b) betonte (vgl. 2.3.2.5 *Selbstbewusstsein steigern*, S. 18f). Die zunehmende Bereitschaft die Anleitung zu übernehmen spricht ebenfalls für eine verbesserte Selbstsicherheit (vgl. S. 108-110).

Bei Herrn H. wurde eine verbesserte Selbsteinschätzung beispielsweise in der Wahl eines für ihn angemessenen Lauf tempos sichtbar. Herr H. und Herr S. tendierten eher zur Selbstüberschätzung und dazu ihre Schwächen zu verbergen. So stellten sie es im Nachhinein oft so dar, als wäre das Laufen kein Problem gewesen (Herr H.: „12 Minuten oder 10 Minuten sind kein Problem“, 29. Nov. – 9:20) obwohl sie sich währenddessen sehr anstrebten. Beide liefen zu Beginn der Intervention zu schnell und konnten die geforderte Laufzeit nicht oder nur sehr schwer durchhalten. Beide konnten aber nach einigen Einheiten ein angemessenes Tempo finden.

Die Selbstsicherheit von Herrn H. und Herrn S. konnte nicht sichtbar verbessert werden. Aufgrund ihrer verschleiernenden Kompensationstaktik, war eine Verbesserung schwer erkennbar. Herr H. zeigte sich beispielsweise zwar offen im Umgang mit den Leiter/innen, war jedoch sehr verschlossen wenn es um ihn und um das Vertreten seiner Meinung ging. Herrn H.'s Teilnahmefrequenz wurde rapide weniger, er kehrte sich im Laufe der Intervention immer mehr in sich und lehnte es auch ab sich in Übungen einzubringen. Dieses Verhalten könnte durch seine privaten Umstände, seinen unsicheren Aufenthaltsstatus, ausgelöst worden sein.

Herr S. verbarg seine eigentliche Unsicherheit durch ein übertrieben selbstsicheres Auftreten. Beispielsweise konnte er nur sehr schwer bestärkt werden, sein Wissen aus vergangenen Einheiten oder aus dem Kampfsport einzubringen, wenn er jedoch eine Anleitung übernahm zeigte er sich wie ausgewechselt, dynamisch und mit Kampfmimik. In Bezug auf dieses übertriebene Verhalten konnte keine deutliche Verbesserung wahrgenommen werden.

Sowohl Herr S. als auch Herr H. waren nur sporadisch anwesend und eine geringe Veränderung in Bezug auf ihr Selbstkonzept könnte hierdurch erklärt werden.

Herr M. neigte dazu sich zu unterschätzen, er äußerte sehr häufig Befürchtungen, negatives über seine bevorstehende oder erbrachte Leistung und Ängste um seine Gesundheit. Durch die positive Erfahrung, die er durch das regelmäßige Lauftraining machen konnte, könnten seine Ängste ein Stück reduziert worden sein. Bei ihm konnte eine Verbesserung festgestellt werden, indem er beispielsweise selbstbewusst fragte, ob wir das nächste mal eine Stunde laufen können. Auch in Bezug auf seine eigene Leistungsbewertung kann eine Verbesserung postuliert werden, da er zu Beginn seine Leistung meist schlecht einschätzte und gegen Ende Erfolge auch stolz als solche wahrnahm und darüber reflektierte. So meinte Herr M. im Nachgespräch: „Eine große Überraschung war für mich: Am Anfang sind wir 5 Minuten gelaufen und ich war sehr müde danach. Nach dem Programm jetzt habe ich gespürt, dass ich auch laufen kann, 30 Minuten laufen kann.“ (28. Jan. – 54:3).

Herr M. musste zu Beginn besonders eindringlich bestärkt werden die Anleitung gewisser Aufgaben zu übernehmen, ließ sich aber dann immer leichter darauf ein, eine anleitende Rolle zu übernehmen. Es kann im Fall von Herrn M. auf eine Verbesserung der Selbstsicherheit geschlossen werden.

Bei Herrn W. konnte die größte Veränderung beobachtet werden. Er entwickelte sich von einem Teilnehmer, der sich eher am Rande hielt, zurückhaltend war und mit leiser Stimme sprach, hin zu einem Teilnehmer der auffallend viel lachte und von sich selbst sagte, er sei stark! Darüber hinaus ist durch sein Einfordern der stetigen Steigerung des Laufpensums von einer verbesserten Selbstsicherheit auszugehen.

Herr W. konnte sich im Laufe der Intervention genügend Selbstsicherheit und Wissen erarbeiten, sodass es ihm auch möglich war, die Anleitung von Übungsteilen zu übernehmen und Entscheidungen zu fällen. Dies waren beispielsweise Entscheidungen das Laufpensum, die Einteilung der Teams oder die Auswahl bestimmter Spieler betreffend. Herr W. war der Teilnehmer der am regelmäßigsten anwesend war und sich vermutlich auch deswegen gegen Ende am bereitwilligsten in die Gestaltung der Stunden miteinbrachte.

Die Beobachter/innen sahen bei Herrn W. eine besondere Entwicklung und ein aufkeimendes Gefühl von Überlegenheit. Dieses Überlegenheitsgefühl äußerte sich in Aussagen, die er über andere Teilnehmer, deren Nichtkommen oder deren Laufleistung machte. Herr W. bekam sowohl viel Lob und Anerkennung von Seiten der Beobachter/innen und Leiter/innen sowie Bestätigung, durch das kontinuierliche Steigern des Laufpensums und das Schaffen koordinativer Aufgaben. Bei ihm konnte eine sehr deutliche Veränderung im Selbstkonzept wahrgenommen werden, welche an dieser Stelle erneut durch die Aussage

der Therapeutin untermauert werden soll, sie habe „bei ihm sehr stark das Gefühl einer persönlichen Veränderung!“ (13. Dezember – 14:14).

Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf die Körperwahrnehmung der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?

Die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm sollte zu einer Sensibilisierung der Körperwahrnehmung führen, wie bereits Weber (1999) in seinen grundlegenden Vermutungen und wissenschaftlichen Fakten zum Thema Laufen als Therapie elaborierte (vgl. 3.5.1 *Prinzipielle Annahmen zur Lauftherapie nach Weber*, S. 37f). Dieses Ziel konnte teilweise erreicht werden. So konnte im Laufe der Intervention beispielsweise das Messen der Herzschlagfrequenz, welches zu Beginn große Probleme bereitete, besser umgesetzt werden (vgl. S. 117f). Die Wahrnehmung der Atmung konnte nicht deutlich verbessert werden (vgl. S. 118f). Das Nachspüren beim Dehnen verbesserte sich während des Programms (vgl. S. 120f).

Herr H. konnte seine Körperwahrnehmung nicht merklich verbessern. Bei Dehnungsübungen gab er sehr oft an, keine Dehnung zu spüren oder sie nicht lokalisieren zu können und er stellte es als normal dar, nichts zu spüren. Während einer Kontrastübung zur Atmung konnte bei ihm ein Reflexionsprozess beobachtet werden, der auf eine gezielte Auseinandersetzung mit seiner Körperwahrnehmung schließen lässt. Herr H. reflektierte darüber wie es besser sei zu Atmen und bemerkte es sei besser am Rücken liegend zu atmen und sitzend nach vorne geneigt zu denken.

Bei Herrn S. gab es keine Verbesserung hinsichtlich der Körperwahrnehmung. Er beteiligte sich nicht oder nur sehr wenig an Reflexionen und konnte vermutlich sprachlich dem Geschehen nicht folgen. Er wiederholte zwar Dinge, die ihm in den Mund gelegt wurden, sagte aber nichts von sich aus. Von ihm hörte man oft ein „gut“ oder „fine“, wenn es darum ging Stimmungslagen zu identifizieren. Weiters verweigerte er häufig einzelne Übungen, die vermutlich zur Verbesserung der Körperwahrnehmung beigetragen hätten.

Herr M. konnte von Beginn an die Signale seines Körpers besser wahrnehmen und nachspüren, als die anderen Teilnehmer. Beispielsweise sprach er nach dem Laufen über einen schnellen Herzschlag und ein Wärmegefühl in der Brust. Er stach durch seine Reflektiertheit hervor und konnte im Anschluss an ein Spiel direkt darüber sprechen was wichtig war und was er erlebt hatte. Beim Puls messen war er sich bis zum Schluss nicht sicher. Er konnte zwar den Puls erspüren, jedoch war es für ihn sehr schwierig durchgehend

mitzuzählen. Hier konnte keine Verbesserung erzielt werden. Im Nachgespräch reflektierte Herr M. wiederum in gewohnter Weise über die positiven Ereignisse, die er aus dem Laufprogramm mitnehmen konnte und so verwies er darauf, er habe „sich selbstwahrnehmen, sich spüren. Und zu Atmen“ gelernt (28. Jan. – 54:4). Weiters reflektierte er über seine Fähigkeiten und betonte: „ich nehme Atmung wahr“ (54:12). Durch Herrn M.'s Reflexion im Nachgespräch kann gesagt werden, dass die Beobachter/innen zwar aufgrund seines hohen Ausgangsniveaus hinsichtlich der Körperwahrnehmung keine deutliche Verbesserung notiert haben, Herr M. selbst jedoch eine Sensibilisierung hinsichtlich seiner Selbstwahrnehmung und Atmung beobachtete.

Die Verbesserung der Körperwahrnehmung bei Herrn W. ließ sich nur schwer feststellen, da er vermutlich viele Fragen und Aufgaben aufgrund einer bestehenden Sprachbarriere nicht verstand. Herr W. nahm nur sehr wenig an Reflexionsrunden teil und man kann nur vermuten, ob er nichts spürte oder nichts sagen konnte aufgrund von fehlendem Verständnis. Hinsichtlich der Dehnung und dem Nachspüren konnte eine Verbesserung beobachtet werden, da Herr W. mit der Zeit gedehnte Muskeln besser lokalisieren und diese benennen konnte. Die Mobilisierung der Körperteile durch die Schwunggymnastik konnte ein wenig verbessert werden. Herr W. konnte im Laufe der Intervention die geforderten Körperteile unabhängig voneinander bewegen. Sein Bewegungsradius blieb jedoch bis zum Schluss eher klein. Man kann abschließend zur Mobilisierung bei Herrn W. sagen, dass er eine Bewegungsvorstellung gewinnen und diese in Grobform umsetzen konnte. Das Messen des Pulses fiel auch Herrn W. sehr schwer und konnte kaum verbessert werden.

Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf die Ausdauerleistungsfähigkeit der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?

Die Frage kann nicht eindeutig beantwortet werden, da keine Tests zur Erfassung der Ausdauerleistung vor und nach der Intervention durchgeführt wurden. Es bestand die Überlegung die Ausdauerleistung und die mögliche Veränderung in der ersten und letzten Einheit mittels Cooper-Test zu erheben. Bis zur ersten Einheit war jedoch unklar, welche Teilnehmer erscheinen würden und ob diese alle in der Lage wären, diesen Test zu bewältigen. Des Weiteren musste die erste Einheit in einer Halle stattfinden, in der es nicht möglich gewesen wäre die gelaufene Strecke, wie für den Test erforderlich, zu messen. Aus diesen Gründen wurde auf die Durchführung des Cooper-Tests verzichtet. Die Frage kann somit nur durch die beobachteten Laufleistungen und die Einschätzung der Beobachter/innen beantwortet werden.

Zwei Teilnehmer zeigten eine deutlich regelmäßigere Teilnahme am Laufprogramm. Bei diesen Herren wird von einer Verbesserung der Ausdauerleistung ausgegangen, da wie in der Literatur beschrieben ein regelmäßiges und gezieltes Lauftraining zu zahlreichen biologischen Adaptation führt, die einen Leistungszuwachs bedingen (vgl. 2.3.1 *Wirkungen auf die Physis*, S. 12f). Eine regelmäßige Teilnahme am Programm und an den Laufeinheiten kann als notwendige Voraussetzung für eine Verbesserung der Ausdauer gesehen werden. Außerdem waren die beiden Herren auch neben dem Laufprogramm sportlich aktiv, wovon sie zusätzlich profitierten.

Für Herrn H. war das Laufen von Beginn an sehr anstrengend und es machte den Anschein, es koste ihn Überwindung. Häufig war es Herrn H. nicht möglich am Programm teilzunehmen und somit konnte er von der langsamen und kontinuierlichen Steigerung der Laufzeit weniger profitieren. Mit einer Laufzeit von 30 Minuten war er überfordert und konnte diese nicht bewältigen. Herr H. konnte zwar einige freie Laufteile durchhalten, doch es überwiegt der Eindruck, dass sich seine Ausdauer aufgrund seiner sporadischen Teilnahme am Programm kaum verbessert hat.

Im Fall von Herrn S. zeigt sich ein vergleichbares Bild. Er nahm nur selten am Programm teil und verpasste somit viele Laufeinheiten. Er konnte zwar die vorgegebene Zeit meistens durchlaufen, doch die Beobachter/innen äußerten oft das Gefühl, er wirke sehr angestrengt und erschöpft. Einmal wurde die Sorge geäußert, er würde seine Konditionsgrenze überschreiten. Auch bei Herrn S. liegt die Vermutung nahe, dass sich seine Ausdauer nicht merklich verbessert hat.

Herr M. zeigte von Beginn bis zum Ende der Intervention sehr gute Leistungen beim Laufen. Er wählte oft ein hohes Tempo und meisterte alle Laufzeiten. Als Herr M. zum ersten Mal 20 Minuten gelaufen ist, meinte er, dass er dies am Anfang des Programms nicht geschafft hätte. Im Nachgespräch gab er an, zu Beginn nach fünf Minuten Laufen müde gewesen zu sein und am Ende 30 Minuten laufen konnte. Diese Aussagen lassen den Schluss auf eine Verbesserung der Ausdauerleistung von Herrn M. zu.

Herr W. erbrachte ebenfalls gute Laufleistungen und bewältigte jedes Laufpensum. Während der Intervention konnte er sein Lauftempo steigern. Es ist wahrscheinlich, dass sich die Ausdauer von Herrn W. ebenfalls verbessert hat.

Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm auf das körper- und sportbezogene Wissen der Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebenden aus?

Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmer ihr körper- und sportbezogenes Wissen im Laufe des Programms erweitern konnten. Es wurde viel Wert auf Erklärungen und die richtige Ausführung von Übungen gelegt und versucht, die Sinnhaftigkeit sprachlich möglichst verständlich zu erläutern.

Das Aufwärmen und Mobilisieren des Körpers lief in jeder Stunde ähnlich ab. Die Teilnehmer brachten sich mit der Zeit in die Anleitung mit ein oder übernahmen diese sogar, wie sich beispielsweise durch folgende Beobachtungen belegen lässt: „Übungsleiterin J. leitete an anfänglich. Sie fragte Herrn W. ob ihm etwas einfällt. (...) Und Herr W. hat sehr toll mitgemacht und viel Input gegeben.“ (Beobachterin K., 17. Dez. – 47:20). „Die Stimmung war gut. Ich denke, es hat allen Spaß gemacht, dass wir gemeinsam das Aufwärmen gestalteten.“ (Übungsleiterin V., 14. Jan. – 20:8). Auch der Beobachter C. hielt fest, „dass heute die Teilnehmer die schon bekannten Übungen vormachen sollten und Herr M. eine Übung anleitete“ (14. Jan. – 3:16). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer Wissen über die sinnvolle Gestaltung eines Aufwärmens vor dem Laufen erlangen konnten.

Des Weiteren lernten die Teilnehmer Übungen zur Verbesserung der Lauftechnik kennen, einige davon wurden mehrmals durchgeführt, wodurch die Hoffnung besteht, jeder Teilnehmer könne sich an ein paar Übungen erinnern. Der Beobachter C. sah im Programminhalt der „Lauftechnikverbesserung“ einen guten Rahmen „in dem wir gemeinsam etwas erarbeiten und erlernen“ (3. Dez. – 10:21).

Außerdem konnten sie eine Methode zur Messung der Herzschlagfrequenz kennen lernen. Die Durchführung der Messung fiel den Teilnehmern nicht immer leicht, jedoch konnte ihnen eine mögliche Messtechnik näher gebracht werden. Die Steigerung der Laufzeit erfolgte in kleinen Schritten und wurde pro Einheit um zwei oder drei Minuten erhöht. Diese Methode wurde den Teilnehmern erklärt und am eigenen Leib erfahrbar gemacht. Es kann vermutet werden, dass sie den Vorteil einer anfänglich geringen Laufzeit und einer langsamen Steigerung des Pensums erkannt haben. Beispielsweise reflektierte Herr M. im Nachgespräch: „Habe gelernt dass man nicht auf einmal bekommt. Man muss langsam aufbauen, man braucht Zeit und Geduld. Im Programm ist es aufbauend gewesen.“ (28. Jan. – 54:13).

Durch die Absolvierung verschieden langer Laufzeiten mit selbst gewähltem Tempo haben die Teilnehmer ihre eigene Leistungsfähigkeit kennen und einzuschätzen gelernt (vgl. 7.2.1 *Selbsteinschätzung und Selbstregulierung*, S. 100f). Nahezu jede Einheit wurde durch das gemeinsame Dehnen abgeschlossen. Die Anleitung der Dehnungsübungen wurde gegen

Ende der Intervention manchmal von den Teilnehmern übernommen. Es kann vermutet werden, dass sie diese Übungen nun auch eigenständig durchführen können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Teilnehmer wissen wie sie ihren Körper aufwärmen, welche Lauftechnikübungen sie vor dem Laufen durchführen, wie sie ihre Herzschlagfrequenz messen, wie sie methodisch an das Laufen heran gehen und wie sie ihre Beinmuskulatur nach dem Laufen dehnen können. Kritischer hingegen ist das Wissen der Teilnehmer um die Sinnhaftigkeit all dieser Übungen und Methoden zu betrachten. Probleme mit der Sprache machten es den Teilnehmern oft schwer, Erklärungen zu verstehen. Dies zeigte sich unter anderem in der Schwierigkeit Fragen zu beantworten und an Reflexionen teilzunehmen. In dieser Hinsicht fiel nur Herr M. auf, der großes Interesse an Informationen und Hintergrundwissen zu Sport, Training und Körper zeigte, sich an Reflexionen beteiligte und oft selbstständig Fragen stellte. Im Fall von Herrn M. macht es den Anschein, als hätte er durchaus die Sinnhaftigkeit einiger Übungen und Methoden verstanden. Bei den anderen Teilnehmern bleiben Zweifel bestehen.

9 Kritik und Ausblick (Hochedlinger, Hofer)

In diesem abschließenden Kapitel erfolgt eine kritische Betrachtung der Forschung und der durchgeführten Intervention. Weiters werden Empfehlungen beziehungsweise Verbesserungsvorschläge für zukünftige Interventionen im Bereich Bewegung und Sport ausgesprochen.

9.1 Forschung

Die Eingebundenheit der beiden Forscherinnen als Übungsleiterinnen beeinflusste die Möglichkeiten der Beobachtung und wirkte sich eventuell einschränkend auf ihre Wahrnehmung und die Qualität der Beobachtungen aus.

Ein weiterer Kritikpunkt wird darin gesehen, dass sich die Übungsleiterinnen meist nach der Einheit über ihre Erlebnisse unterhielten. Sie selbst hegten die Vermutung einer negativen Auswirkung dieses Umstandes auf ihre schriftliche Reflexionsbereitschaft und die Tiefe der Auseinandersetzung mit dem Erlebten in den Forschungstagebüchern. Darüber hinaus könnte es durch die Gespräche zu einer gegenseitigen Beeinflussung gekommen sein.

Außerdem haben die Übungsleiterinnen im Nachhinein den Eindruck, sich manchmal von Alltagsbelastungen ablenken haben zu lassen. Dies erschwerte eine genaue Beobachtung und in Folge die Dokumentation des Geschehens.

Weiters hielt nicht jede/r Beobachter/in nach jeder Einheit seine Wahrnehmungen in einem Forschungstagebuch fest, wodurch es teilweise schwierig war, die Daten zu sättigen und Situationen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wäre es von Vorteil verschiedene qualitative und quantitative Forschungsmethoden in Kombination einzusetzen und mit einer größeren Stichprobe zu arbeiten. Zum verlässlichen Nachweis von Veränderungen bestimmter Variablen müsste ein pre-post Untersuchungsdesign angewandt werden.

9.2 Intervention

Die größte Problematik bestand in der unregelmäßigen Frequenz der Teilnehmer am Laufprogramm. Da nach dem Prinzip der Weber'schen Lauftherapie (1999) das Programm aufbauend gestaltet wurde, war der persönliche Erfolg von einer regelmäßigen Teilnahme abhängig. Wurden beispielsweise in einer Einheit 10 Minuten gelaufen und ein Teilnehmer verpasste die kontinuierliche Steigerung und lief als nächstes 20 Minuten, so könnte dies zu Überforderung und Frustration führen. Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, waren eindeutige Veränderungen nur bei den Teilnehmern erkennbar, die regelmäßig am Laufprogramm teilnahmen.

Von den Teilnehmern angegebene Gründe für das Fernbleiben waren Krankheit, Deutschkurse, Arzttermine oder Termine bei Behörden. Die Teilnehmer sahen sich darüber hinaus mit persönlichen Barrieren konfrontiert, die sie daran hinderten überhaupt zu kommen. Vielleicht bot ein Laufprogramm mit laufspezifischen Inhalten nicht für alle Teilnehmer genügend Anreiz sich aufzuraffen. Eine Empfehlung für ein folgendes Bewegungs- und Sportprogramm ist die unbedingte Rücksichtnahme auf vorhersehbare Termine der Teilnehmer wie z.B. Deutschkurse oder Moscheebesuche, um die Wahrscheinlichkeit ihres Kommens zu erhöhen.

Die persönliche Entscheidung für ein bestimmtes Programm (z.B.: Klettern, Ballspiele, etc.) könnte sich positiv auf die regelmäßige Teilnahme auswirken. Sollte es nicht möglich sein, den Teilnehmern eine Bandbreite verschiedener Sportprogramme zur Auswahl zu geben, ist es ratsam, möglichst facettenreiche Inhalte in ein Bewegungs- und Sportprogramm zu integrieren. Aus den Erfahrungen mit der vorliegenden Zielgruppe können Spiele, insbesondere Ballspiele eindeutig empfohlen werden. Die Teilnehmer zeichneten sich durch

eine hohe Spielfreudigkeit aus und im Gegensatz zum Laufen war eine unregelmäßige Teilnahme kein Hinderungsgrund für ein erfolgreiches Spiel.

Eine Folge der unregelmäßigen Frequenz war auch in der Gruppengröße spürbar. Da die Gruppe an sich schon sehr klein war und die Teilnehmer unregelmäßig erschienen, waren oft nur ein oder zwei Teilnehmer anwesend. Das Sporttreiben in der Gruppe wurde von allen begrüßt und sollte eine Gelegenheit für soziale Interaktion darstellen. Eine größere Gruppe wäre von Vorteil und im Sinne der Teilnehmer gewesen. Um dies zu Erreichen können nur einige Vorschläge gegeben werden: ein noch intensiveres und längeres Bewerben bei der Zielgruppe, das Kursangebot auf 3 Mal pro Woche auszuweiten und Quereinsteiger gegebenenfalls zuzulassen.

Eine weitere Problematik war die eingeschränkte Verfügbarkeit der Halle. Da die Halle nur für eine Stunde frei war und die Teilnehmer sehr oft zu spät kamen, waren die Übungsleiterinnen mit einem ständigen Zeitdruck konfrontiert. Durch den Zeitmangel und die Unpünktlichkeit einiger Teilnehmer waren das gemeinsame Einstimmen auf die Einheit und der entspannende Ausklang oft gefährdet und kamen zu kurz. Es kann die allgemeine Empfehlung ausgesprochen werden, dass die frühzeitige Organisation einer geeigneten Halle mit mehr als einer Stunde Verfügbarkeit unbedingt notwendig ist.

Darüber hinaus würde der Einsatz eines/r Dolmetschers/in die Möglichkeiten der Reflexion deutlich erhöhen was sich positiv auf die Vermittlung der Sinnhaftigkeit bestimmter Inhalte auswirken könnte. Durch ein besseres Verständnis ließe sich der Mehrwert des Sports gezielter aufzeigen und die Nachhaltigkeit des Programms verstärken.

Literaturverzeichnis

- Bardach, L. (2014). *Trauma und Bewegung. Eine Untersuchung zum Bedarf eines Sport- und Bewegungsprogramms für traumatisierte Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebende*. Wien: Universität Wien, Institut für Sportwissenschaft.
- Bartmann, U. (2009b). *Laufen und Joggen für die Psyche* (5., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bartmann, U. (Hrsg.). (2009a). *Fortschritte in der Lauftherapie. Schwerpunktthema: Lauftherapie bei depressiven Störungen* (Band 2). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Birck, A. (2004). Politische Verfolgung und Folter - Folgen und Behandlungsansätze. In A. Friedmann & P. Hofmann (Hrsg.), *Psychotrauma: die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 150-170). Wien, New York: Springer.
- Buytendijk, F. (1956). *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*. Als Verbindung und Gegenüberstellung von physiologischer und psychologischer Betrachtungsweise. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer Verlag.
- Dahms, C. (2001). *Laufen. Geschichte, Kultur, Praxis*. Göttingen: Verlag die Werkstatt.
- Degener, A. (2011). Persönlichkeitsstörungen – Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 287-329). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Deimel, H. (2011). Abhängigkeitserkrankungen. In Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 376-448). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Fixx, J. (1986). *Das komplette Buch vom Laufen*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Friedmann, A. et al. (2004). (Hrsg.). *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung*. Wien, New York: Springer Verlag.
- Grell, J. (1999). Hilf dir selbst: Laufe! – Vom wackeligen Vorsatz zur festen Gewohnheit. In A. Weber (Hrsg.), *Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens* (S. 54-99). Paderborn: Junfermann.
- Gurris, N. F., & Wenk-Ansohn, M. (2009). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 477–499). Heidelberg: Springer. Zugriff am 3. Dezember 2014 unter https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F71626A6179626E712E66636576617472652E70627A++/static/pdf/27/chp%253A10.1007%252F978-3-540-88489-7_27.pdf?auth66=1362647839_2cce084b2c8c26bbf115f210249e229b&ext=.pdf
- Hölter, G. & Deimel, H. (2011). Affektive Störungen. In Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 156-211). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hölter, G. (1993). (Hrsg.). *Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. Schorndorf: Hofmann.
- Hölter, G. (1993). Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. IN Hölter (Hrsg.) *Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (S. 12-34). Schorndorf: Hofmann.
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

- Hölter, G. (2011). Körper, Leib und Bewegung – begriffliche und inhaltliche Annäherungen. In Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 5-45). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hölter, G. (2011). Psychische Gesundheit und Bewegung. In Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 47-69). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hottenrott, K. & Neumann, G. (2008). *Methodik des Ausdauertrainings*. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Huber, G. & Schüle, K. (2012). Einleitung. In Schüle, K. & Huber, G. (2012). (Hrsg.) *Grundlagen der Sport und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S. 1-8) (3. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Kleinmann, D. (1996). *Laufen. Sportmedizinische Grundlagen, Trainingslehre und Risikoprävention. Für Mediziner, Sportlehrer und Trainer, Physiotherapeuten und anspruchsvolle Läufer*. Stuttgart: Schattauer.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lehrl, S. (1999). Gehirn-Jogging und Lauftherapie – ein überragendes Trainingsprogramm, nicht nur für ältere Menschen. In A. Weber (Hrsg.), *Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens* (S. 212-223). Paderborn: Junfermann.
- Marlovits, A. (2008). *Lauf-Psychologie. Dem Geheimnis des Laufens auf der Spur*. (4. Aufl.). Regensburg: Lauf- und Ausdauersportverlag.
- 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. Zugriff am 8. April 2014 unter http://www.torturevictims.ch/fileadmin/Content/Publikationen/Dokumente/Informationsschrift_Folter_Trauma.pdf
- Müller-Dantzer, S. (2009a). Auswirkungen von Lauftherapie in der Rehabilitation schizophrener Erkrankter. In Bartmann, U. (Hrsg.), *Fortschritte in der Lauftherapie. Schwerpunktthema: Lauftherapie bei depressiven Störungen* (S. 63-71). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Neumann, G. & Hottenrott, K. (2002). *Das große Buch vom Laufen*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Oettermann, S. (1984). *Läufer und Vorläufer*. Zu einer Kulturgeschichte des Laufsports. Frankfurt: Syndikat.
- Sachs, M. & Buffone, G. (1984). (Hrsg.). *Running as Therapy. An Integrated Approach*. Nebraska: University of Nebraska Press.
- Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.). (2012). *Grundlagen der Sport und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (3. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Schwartz, H. (2011). Essstörungen. In Hölter, G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 329-376). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Steffny, H. & Pramann, U. (2000). *Perfektes Lauftraining. Schritt für Schritt gesund & fit. Von Jogging bis Marathon* (12. Aufl.). München: Südwest Verlag.
- Steffny, M. (1979). *Lebens-Lauf*. Laufen als neue Erfahrung mit Körper und Psyche. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

- Steffny, M. (1999). Ist die Joggingwelle vorbei? In Weber, A. (Hrsg.), *Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens* (S. 140-148). Paderborn: Junfermann.
- Stöckel, D. (2009a). Lauftherapie zur Unterstützung der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressionen und Angststörungen für Patienten einer Ambulanten Praxis. In Bartmann, U. (Hrsg.), *Fortschritte in der Lauftherapie. Schwerpunktthema: Lauftherapie bei depressiven Störungen* (S. 41-52). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Stoll, O. & Ziemainz, H. (2012). *Laufen psychotherapeutisch nutzen. Grundlagen, Praxis, Grenzen*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Tausch, R. (1999). Streßbelastungen: Bedeutsame Verminderung durch Bewegungstraining. In A. Weber (Hrsg.), *Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens* (S. 181-192). Paderborn: Junfermann.
- Trimmel, M. (2003). *Allgemeine Psychologie: Motivation, Emotion, Kognition*. Wien: Facultas Verlag.
- Vanden-Abee, J. & Schüle, K. (2012). Zur Begründung aus dynamischer und handlungstheoretischer Sicht. In Schüle, K. & Huber, G. (2012). (Hrsg.) *Grundlagen der Sport und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S. 9-42) (3. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Weber, A. (2000). Psychologische Aspekte des Langstreckenlaufs in der Lauftherapie. In H. Ziemainz, U. Schmidt & O. Stoll (Hrsg.), *Psychologie in Ausdauersportarten* (S. 55-66). Butzbach-Griedel: Afra-Verlag.
- Weber, A. (Hrsg.). (1999). *Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens*. Paderborn: Junfermann.
- Wiersing, E. (1999). Laufen im alten Griechenland. In Weber, A. (Hrsg.), *Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens* (S. 115-139). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Woolfolk, A. (2008). *Pädagogische Psychologie* (10. Aufl./bearb. und übers. von Ute Schönpflug). München [u.a.]: Pearson Studium.
- Ziemainz, H., Schmidt U. & Stoll O. (Hrsg.). (2000). *Psychologie in Ausdauersportarten*. Butzbach-Griedel: Afra-Verlag.

Onlinequellen

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). (2014). *ICD-10 Code. F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung*. Zugriff am 23. April 2014 unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>
- Generalversammlung – Neununddreißigste Tagung. (1984). 39/46 Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Teil 1 Artikel 1 Absatz 1. Zugriff am 23. April 2014 unter <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar39046.pdf>
- Hemayat (2013). *Hemayat hilft – Zielgruppe*. Zugriff am 18. April 2014 unter <http://www.hemayat.org/hemayat-hilft/zielgruppe/allgemein.html>
- Liball, E. *USI Wien*. Zugriff am 23. April 2014 unter <http://www.univie.ac.at/USI-Wien/ueb/lag/ansicht/fotos/USZ/index.htm>
- Offizielle Homepage des Berlin Marathon (2013, 1. Oktober). *Wilson Kipsang und Florence Kiplagat wollen erneut in Berlin starten. Ein weiterer Rekord: 36.601 Läufer im Ziel*. Zugriff am 18. April 2014 unter <http://www.bmw-berlin-marathon.com/news-und-media/news/2013/10/01/wilson-kipsang-und-florence-kiplagat-wollen-erneut-in-berlin-starten-ein-weiterer-rekord-36601-laeufer-im-ziel.html>
- Offizielle Homepage des London Marathon (2013, 22. April). *Latest race news*. Zugriff am 18. April 2014 unter <http://lrn.london-marathon.com/it-was-quite-amazing-day-says-brasher/>
- Offizielle Homepage des Wien Marathon (2014, 12 April). *Laufbegeisterung erreicht einen neuen Höchststand!* Zugriff am 18. April 2014 unter <http://www.vienna-marathon.com/?url=news&newsDetail=1903>
- Runnersword Deutschland. (2011, 18. November). *Marathonstatistik. New York am größten, Frankfurt am schnellsten*. Zugriff am 17. April 2014 unter <http://www.runnersworld.de/marathon/new-york-am-groessten-frankfurt-am-schnellsten.253995.htm>
- UNHCR – The UN refugee agency (2001-2014). *Flüchtlinge – Wer ist ein Flüchtling?* Zugriff am 23. April 2014 unter <http://www.unhcr.at/mandat/fluechtlinge.html?L=tlqqwmhk>
- UNHCR – The UN refugee agency (2001-2014). *Flüchtlingshochkommissariat der Vereinten Nationen*. Zugriff am 18. April 2014 unter <http://www.unhcr.at/unhcr.html>
- UNHCR – The UN refugee agency (2001-2014). *Genfer Flüchtlingskonvention und New Yorker Protokoll (laut BGBl. in Deutschland). Artikel 1A*. Zugriff am 23. April 2014 unter <http://www.unhcr.at/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html>
- World Health Organisation (1997). *Programme on Mental Health. WHOQOL Measuring Quality of Life*. Genf: WHO. Zugriff am: 30.04.2014 unter http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vienna City Marathon 2014 Start.....	8
Abb. 2: Unterscheidungskriterien der Erscheinungsformen und Strukturierung von Ausdauer	9
Abb. 3: Die vier Varianten der Dauermethoden	10
Abb. 4: Körperliche Anpassung bei Ausdauertraining.....	14
Abb. 5: Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger.....	21
Abb. 6: Zusammenhang zwischen Verhalten von Läufer/innen und verhaltenstherapeutischen Wirkmechanismen	25
Abb. 7: Klinische Bewegungstherapie im Schnittpunkt	33
Abb. 8: Therapiekriterien	35
Abb. 9: Standard Laufprogramm	40
Abb. 10 Aktivierung zur Spende von Sportbekleidung	58
Abb. 11: Kasten mit gesammelter Kleidung	58
Abb. 12: Ein Teil der gesammelten Schuhe	59
Abb. 13: Laufjacken präparieren	59
Abb. 14: Halle an der Sportuniversität Wien	60
Abb. 15: Laufbahn der Sportuniversität Wien	61
Abb. 16: Beobachtungsformen.....	68
Abb. 17: Beobachtungsleitfaden.....	70
Abb. 18: Zeichnung Herr M. vorher	84
Abb. 19: Zeichnung Herr M. nachher	84
Abb. 20: Zeichnung Herr W. vorher.....	85
Abb. 21: Zeichnung Herr W. nachher.....	85
Abb. 22: Zeichnung Herr H. vorher.....	85
Abb. 23: Zeichnung Herr H. nachher.....	85

Anhang

Abstract (Deutsch)

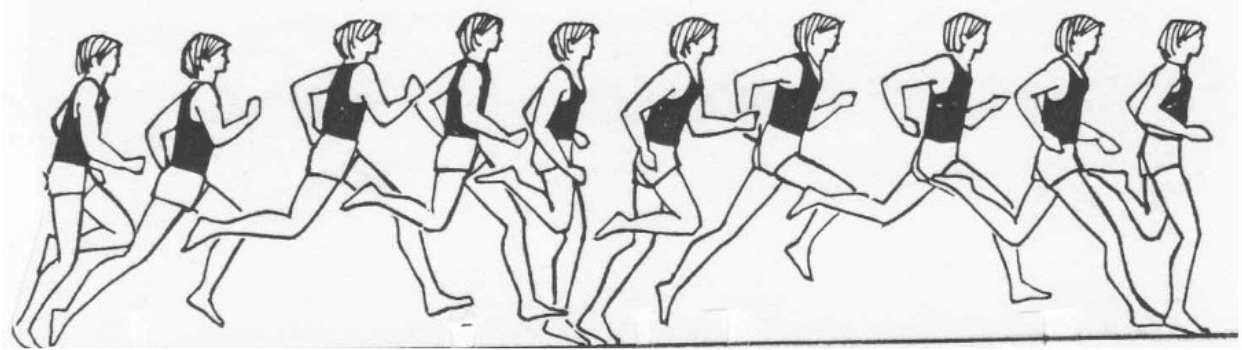
Im Zuge des *MOVI KUNE – gemeinsam bewegen* Projekts, bei dem es um Bewegung und Sport mit traumatisierten Flüchtlingen, Folter- und Kriegsüberlebenden geht, wurde eine zehn wöchige Laufintervention durchgeführt. Das Laufprogramm orientierte sich am Konzept der Lauftherapie nach Weber (1999). Die Teilnehmer waren Männer, die bei *Hemayat*, dem Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, psychotherapeutisch begleitet werden. Diese Arbeit untersucht qualitativ, welche positiven Wirkungen durch die regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm erzielt werden können. Die Forschung wurde mittels teilnehmender Beobachtung betrieben, die Daten wurden durch das Schreiben von Forschungstagebüchern produziert und anschließend mit Hilfe des Softwareprogramms ATLAS.ti 7.0 analysiert. Zusammenfassend deuten die Ergebnisse darauf hin, dass durch eine regelmäßige Teilnahme am Laufprogramm Verbesserungen hinsichtlich des psychischen, physischen sowie sozialen Wohlbefindens, des Selbstkonzepts, der Körperwahrnehmung, der Ausdauerleistungsfähigkeit und des körper- und sportbezogenen Wissens bewirkt werden konnten.

Abstract (English)

In the course of the project *MOVI KUNE – gemeinsam bewegen*, a ten-week Running Intervention was implemented. *MOVI KUNE* is a project offering exercise and sports to traumatised refugees and survivors of torture and war. The Running Intervention was based on the idea of Weber's Running therapy (1999). The participants were men who are in psychotherapeutic care at *Hemayat*, an organisation supporting survivors of torture and war. This thesis investigates which positive effects of a regular participation at the Running Intervention can be achieved. The qualitative research was carried out by using the method of participant observation. The data were produced by writing research journals and analysed by means of the software programme ATLAS.ti 7.0. Summing up positive effects on the psychological, physical and social well-being, self-concept, body-awareness, stamina and body- and sports-related knowledge could be reached by a regular participation in the Running Intervention.

Lauftechnik Key Facts

Merkmale einer guten Lauftechnik



- aufrechter Oberkörper
- Blick nach vorne
- Arme schwingen aktiv mit
- aktiver Fußaufsatz – Fußgelenke klappen
- je schneller desto höher werden die Knie gehoben

Verbesserung der Lauftechnik

Alle Übungen werden nach 15 Minuten lockeren Laufens durchgeführt. Übungen 15-20x machen und dazwischen jedes Mal Gehpausen einlegen. Nach den Lauftechnikübungen weitere 10 Minuten locker Laufen. Danach Dehnungsübungen machen.

Fußgelenksarbeit



Die Knie bleiben fast gestreckt, die Bewegung erfolgt ausschließlich aus dem Fußgelenk. Jeder Fuß rollt von der Ferse bis zur Zehenspitze ab. Die Arme schwingen aktiv mit. Die Rumpfmuskulatur (Bauch/Rücken) ist angespannt.

Kniehebelauf



Die Knie müssen besonders gehoben werden. Der Fußabdruck erfolgt über den Fußballen. Der Oberkörper ist etwas nach vorne geneigt und die Rumpfmuskulatur (Bauch/Rücken) ist aktiv. Die Arme schwingen aktiv mit.

Anfersen



Bei jedem Schritt berührt deine Ferse dein Gesäß. Der Oberkörper ist aufrecht und die Rumpfmuskulatur (Bauch/Rücken) ist aktiv. Die Arme schwingen neben dem Körper.

Hopserlauf



Springe auf einem Bein aktiv nach oben, das Knie zieht nach oben und lande auf dem gleichen Bein. Dann springe mit dem anderen Bein. Die Arme schwingen mit und unterstützen den Schwung nach oben. Sprung mit dem rechten Bein – Armschwung mit dem linken Arm. Der Oberkörper ist aufrecht und die Rumpfmuskulatur (Bauch/Rücken) ist aktiv.

Seitlich überkreuzen



Laufe seitlich und überkreuze die Beine abwechselnd vor und hinter dem Körper. Der Oberkörper ist aufrecht, die Rumpfmuskulatur (Bauch/Rücken) ist aktiv. Die Arme sind seitlich vom Körper und stabilisieren.

Dehnungsübungen

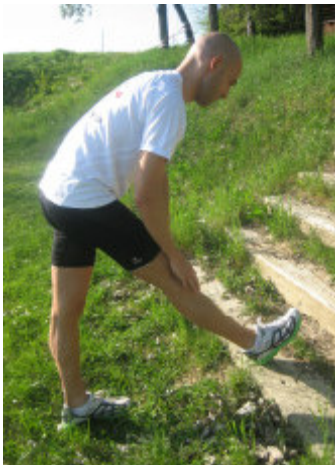
- Dehnungsübung 20-30 Sekunden halten, nicht wippen
- ruhig und gleichmäßig atmen
- Dehnungsübungen sollen keinen Schmerz verursachen, sanft dehnen!

Wade und Achillessehne



In Schrittstellung mit den Armen gegen eine Wand stützen, die Zehenspitzen schauen nach vorne und beide Fersen sind am Boden. Der Oberkörper ist aufrecht und gespannt. Die Hüfte schiebt nach vorne.

Oberschenkelrückseite



Im Stand, ein Bein steht mit Ferse auf einer Treppe/Sessel. Oberkörper nach vorne lehnen. Das Becken bleibt gerade.

Oberschenkelvorderseite



Im Einbeinstand, die Ferse wird mit einem Arm zum Gesäß gezogen. Das Becken bleibt gerade. Die Knie sind geschlossen.

Hüftbeuger



Ausfallschritt, das Knie des hinteren Beines berührt den Boden. Das Becken wird nach vorne/unten gedrückt. Der Oberkörper bleibt aufrecht.

Adduktoren



Im Sitz, die Fußsohlen schauen zueinander und die Knie Richtung Boden drücken. Der Oberkörper ist aufrecht.

Quellen

Dehnungsübungen: <http://www.ck-runners.at/files/Dehnungsuebungen.pdf>

Lauftechniktipps: <https://www.laufcampus.com/lauf-abc.php>

Lebenslauf

Persönliche Daten

Zuname: Hochedlinger
Vorname: Johanna
Geburtsdatum: 05.03.1987
Geburtsort: Linz
Eltern: Johann Georg Hochedlinger, Selbstständig
Christina Maria Hochedlinger, Bürofachkraft

Schulbildung: Volksschule Schönau i. M. von 1993 – 1997
Hauptschule Unterweißenbach von 1997 – 2001
HLW (Höhere Lehranstalt für wirtschaftl. Berufe) 2001 – 2006

Berufserfahrung: 2002 Praktikum bei Firma Simpelkamp (Bürotätigkeit)
2004 Auslandspraktikum bei Pissarro's (Service, Bar)
2005 Auslandspraktikum bei Blue Jazz Company (Service, Bar)
2007 – 2008 Statistik Austria
2008 – 2009 Freiraum (Service)
2008 – 2011 Promotion für WorkArt, Contacts, Uniquorn, Tomik.
seit 2011 adidas Brand Coach – Produkttrainerin
Februar – Mai 2014, Lehrtätigkeit BG/BRG Ettenreichgasse

Studien: 2006 Studium der Romanistik (Spanisch)
2007 Studium der Sportwissenschaften
2010-2014 Lehramtsstudium Spanisch und Bewegung & Sport

Sprachkenntnisse:

Deutsch	Muttersprache
Englisch	fortgeschritten
Spanisch	fortgeschritten

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, Mai 2014

Unterschrift

(Johanna Hochedlinger)