



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Fluktuierende Teilnahme am Bewegungsprogramm ‚Movi Kune –
gemeinsam bewegen‘ mit folter- und kriegsüberlebenden Personen“

verfasst von / submitted by

Ines Martina Mayer, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

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

A 066 826

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

Masterstudium Sportwissenschaft UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ. Ass. MMag. Dr. Clemens Ley

Vorwort

Die Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ hat meine Auffassung über Bewegung und Sport positiv geprägt und mein Verständnis erweitert. Die Möglichkeit Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen einzusetzen war für mich Neuland und weckte mein Interesse stark.

Mit diesem Projekt in Berührung gekommen zu sein empfinde ich als wegweisend für meine berufliche Zukunft. Meine Leidenschaft zur Bewegung in sozialem Engagement ausleben zu können erlebe ich als höchst sinngebende Kombination. Ich hoffe einen klitzekleinen Beitrag geleistet zu haben, dass die betroffenen Menschen ihren Frieden wiederfinden können.

Dem Projektleiter Dr. Clemens Ley bin ich zu großem Dank verpflichtet, da er die treibende Kraft für die Durchführung dieses Forschungsprojektes ist und zudem meine Abschlussarbeit betreute.

Ausgesprochen großer Dank gilt meinen großzügigen Eltern Peter Christian und Christine Mayer. Durch ihre Unterstützung auf allen Ebenen war es mir in den letzten Jahren möglich mich intensiv sportlich, fachlich und persönlich weiterentwickeln zu können. Ich blicke auf eine unbeschwerte Studienzeit zurück, die nun hier mit der vorliegenden Arbeit ihren Abschluss findet.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei Klaus Gondolatsch bedanken. Seine wertvollen Ratschläge und geistreichen Anregungen begleiteten meinen Schreibprozess. Danke für die investierte Zeit und die ermutigenden Worte zur rechten Zeit.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Phänomen der fluktuierenden Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ mit folter- und kriegsüberlebenden Personen. Bewegung und Sport wirken sich vielseitig positiv auf die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung aus. Diese Störung ist häufig eine Folge von schlimmen traumatischen Erlebnissen. Obwohl die Wirkungen dieses Therapieansatzes für die Behandlung nach einer Traumatisierung vielversprechend sind, zeigt sich in der Praxis, dass speziell in dieser Zielgruppe eine regelmäßige Teilnahme an den Interventionen besonders schwierig ist. Im Zuge dieser Forschungsarbeit wird herausgearbeitet, welche Faktoren für dieses Phänomen der fluktuierenden Teilnahme verantwortlich sind und welche Ratschläge sich für die Praxis ableiten lassen.

Ausgangspunkt ist die Vermutung der am Projekt beteiligten Therapeut(innen), dass ein Großteil der Teilnehmer(innen) nur sehr unregelmäßig an den Bewegungseinheiten teilnimmt. Anhand von Teilnahmeprotokollen wurde analysiert, ob sich diese Annahme aus der Praxis bestätigen lässt. Beinahe jede dritte Person wurde im Zuge einer systematischen Einteilung der Gruppe „Fluktuierer/in“ zugeteilt.

Durch die qualitativen Verfahren der teilnehmenden Beobachtung sowie Leitfadeninterviews vor Beginn und nach Beendigung der Intervention soll ein Einblick in die Lebenswelt von folter- und kriegsüberlebenden Flüchtlingen gegeben werden, um das Phänomen der fluktuierenden Teilnahme am Bewegungsprogramm besser verstehen zu können.

Die Faktoren, welche die fluktuierende Teilnahme erklären, ließen sich in vier Hauptgruppen einordnen. Der Hauptgruppe der „volitionalen Komponenten“ werden Konstrukte aus der Sportpsychologie zugeordnet, welche für die Umsetzung von beabsichtigten Verhalten in die Tat maßgeblich sind. Unter der Hauptgruppe „Posttraumatische Belastungsstörung“ fallen jene Faktoren, welche mit den traumatischen Erlebnissen und ihren Folgen zu tun haben. Die Lebensumstände, mit welchen die Teilnehmer(innen) aufgrund der Flucht aus ihrer Heimat nach Österreich konfrontiert sind, werden ebenfalls in einer Hauptgruppe zusammengefasst. Barrieren, die sich aus dem Programm selbst ergeben, fallen in die Hauptgruppe „Movi Kune – gemeinsam bewegen“.

Die fluktuierende Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ lässt sich durch das komplexe Zusammenspiel von ungünstigen Umständen erklären. Nicht einzelne Faktoren determinieren dieses Verhalten, sondern das Aufeinandertreffen der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung in Kombination mit den schwierigen Lebensumständen, mit welchen geflohene Menschen konfrontiert sind.

Abstract

This thesis examines the reasons for fluctuating participation in the sport program „Movi Kune – moving together“ for war and torture victims. In recent years a large body of research has shown that exercise and sport have various health benefits for people who suffer from a post-traumatic stress disorder, which can occur as a result of severe traumatization.

Although this approach has a great potential for the processing of a trauma, practice has shown that especially for this target group a regular participation is very difficult.

The goal of this thesis is to examine the factors that lead to this phenomenon and the results for the development and improvement of such interventions in the future.

The starting point is the assumption that a large part of the participants only participates very irregularly in the therapy sessions thus experiencing very few movement units.

Participation protocols were used to analyse whether this assumption can be confirmed.

Almost every third person could be allocated to the group "fluctuator" on the basis of a group classification.

Through the qualitative procedures of the participating observation as well as guided preliminary and follow up interviews, insight into the living world of torture and war surviving refugees will be given. The aim was to come to a greater understanding of the participation in the movement project.

Four main groups of factors were defined. The main group "volitional components" is named after constructs of sports psychology models, which describe the implementation of intention into action. Among the main group "post-traumatic stress disorder" are those factors which are linked to traumatic experiences and their consequences. Another group („circumstances of life“) deals with the difficulties refugees have to face here in Austria after escaping the threats in their home countries. Barriers arising from the program itself fall into the main group "Movi Kune – moving together".

The fluctuating participation in the movement program "Movi Kune – moving together" can be explained by the complex interaction of unfavourable circumstances. Not individual factors determine this behavior, but the clash of symptoms of post-traumatic stress disorder with the difficult circumstances refugees see themselves confronted with here in Austria.

Inhalt

Vorwort.....	ii
Zusammenfassung.....	iii
Abstract.....	iv
1 Einleitung.....	7
2 Fluktuierende Teilnahme	9
2.1 Phänomen Fluktuation.....	9
2.2 Fluktuation im Berliner Sportstadienmodell (BSM)	11
2.3 Barrieren und Barrierenmanagement in der Sportteilnahme	13
2.3.1 Negative Konsequenzerwartung und situative Barrieren	14
2.3.2 Barrierenmanagement	14
2.3.3 Selbstwirksamkeitserwartung.....	15
2.3.4 Selbstregulation	15
2.3.5 Die Selbstkonkordanz der Zielintention	15
2.3.6 Intentionsabschirmung	16
3 Bewegungstherapie mit folter- und kriegsüberlebenden Flüchtlingen	17
3.1 Folter und Krieg.....	17
3.2 Psychisches Trauma	18
3.3 Bewegungstherapie mit Folter- und Kriegsüberlebenden.....	20
3.4 Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“	21
3.5 Forschungsfrage	23
4 Empirische Auseinandersetzung	24
4.1 Stichprobe	24
4.2 Klassifikation des Teilnahmeverhaltens	25
4.3 Leitfadeninterview	27
4.4 Teilnehmende Beobachtung	27
4.5 Datenproduktion	28
4.6 Erstellung eines Kategoriensystem	29
5 Ergebnisse	33
5.1 Klasseneinteilung nach dem Teilnahmeverhalten	33
5.2 Ergebnisse der qualitativen Forschung	34
5.2.1 Lebensumstände nach der Flucht	37
5.2.2 Volitionale Komponenten	45

5.2.3	Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“	56
5.2.4	Erleben der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	66
5.3	Charakteristika der einzelnen Klassen.....	72
5.3.1	Dabeibleiber(in).....	72
5.3.2	Frühabbrecher(in)	74
5.3.3	Spätabbrecher(in).....	74
5.3.4	Fluktuierer(in).....	75
6	Diskussion.....	77
6.1	Empfehlungen für die Praxis	80
6.2	Limitationen der vorliegenden Arbeit	83
	Literaturverzeichnis.....	86
	Tabellenverzeichnis.....	90
	Abbildungsverzeichnis.....	91
	Anhang.....	92
	Erklärung.....	95

1 Einleitung

Sport und Bewegung werden zunehmend in der Rehabilitation zur Behandlung von psychischen Störungen eingesetzt (Biddle & Mutrie, 2007; Hölter, 2011). Auch in der therapeutischen Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden gewinnt die Sport- und Bewegungstherapie an Wichtigkeit. Insbesondere die Ressourcen fördernde und stabilisierende Wirkung stellen eine Unterstützung für die Betroffenen dar mit schwierigen Erlebnissen und negativen Emotionen umzugehen (Ley, Lintl, & Team, 2014). Studien zeigen, dass sowohl körperliche als auch psychosoziale Symptome durch die regelmäßige Teilnahme an körper- und bewegungsorientierten Therapieprogrammen reduziert werden können (Emerson & Hopper, 2011; van der Kolk et al., 2014a).

In der trainingstherapeutischen Praxis mit traumatisierten Folter- und Kriegsüberlebenden zeigt sich jedoch, dass viele Teilnehmer(innen) sehr unregelmäßig am Sportprogramm teilnehmen. Die Ergebnisse einer Teilnahmeanalyse am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ decken sich mit der Wahrnehmung der Therapeut(innen) des Projekts, dass viele der Teilnehmer(innen) nur sporadisch und sehr unregelmäßig zu den Bewegungseinheiten erscheinen.

Obwohl sich viele der Teilnehmer(innen) zu Beginn der Intervention vornehmen regelmäßig am Programm teilzunehmen, weicht beim Großteil das beobachtbare Teilnahmeverhalten vom vorgenommenen Zielverhalten ab. Eine kontinuierliche Teilnahme am Programm scheint mit vielfältigen Schwierigkeiten verbunden zu sein. Die Symptome, die mit einer psychischen Traumatisierung einhergehen, stehen der Umsetzung im Weg. Der unfreiwillige Wechsel in ein neues Land mit fremder Kultur und Sprache, Trauer und Angst um Angehörige und Bekannte, Orientierungslosigkeit und Ungewissheit darüber wie es weitergehen wird – die Barrieren scheinen vielfältig zu sein.

Das Phänomen der fluktuierenden Teilnahme ist jedoch mit Sicherheit kein rein zielgruppenspezifisches. Auch in anderen Stichproben, wie etwa bei Studierenden an Universitätssportkursen, ist dieses Verhalten zu beobachten (Fuchs, Seelig, & Kilian, 2005). 15 % bis 30 % aller Erwachsenen zählen laut Duan (2015) zu den Fluktuier(innen). In der sportpsychologischen Verhaltensforschung ist die Annahme verbreitet, dass sich die psychologischen Prozesse für die Absichtsbildung und die tatsächliche Umsetzung regelmäßig Sport zu treiben, unterscheiden. Die Intentionbildung „ich werde in den kommenden Monaten zweimal wöchentlich am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ teilnehmen“ lässt sich demnach zur motivationalen Phase des Gesundheitsverhaltens zählen. Die Realisierung der Absicht scheint von volitionalen

Vorgängen gesteuert zu werden (Heckhausen, Gollwitzer, & Weinert, 2013; Marcus & Forsyth, 2009).

Diese volitionalen Faktoren, die für das Phänomen der Fluktuation beim Sportverhalten eine zentrale Rolle spielen, werden in der sportpsychologischen Forschung thematisiert (Duan, Lippke, Zhang, Brehm, & Chung, 2016; Kahlert, 2015; Shang, Duan, Huang, & Brehm, 2018). Dabei stellt die kürzlich veröffentlichte Aufarbeitung der Fachliteratur von Shang, einen guten Anhaltspunkt dar, wenngleich sich die Stichproben der vorhandenen Studien wesentlich von jener mit traumatisierten Flüchtlingen, Kriegs- und Folterüberlebenden unterscheiden. Das besondere Erscheinungsbild von folter- und kriegsüberlebenden Personen lässt die Vermutung zu, dass volitionale Umsetzungsprozesse negativ von den Folgen der seelischen Störung beeinflusst werden und die situativen Barrieren zur regelmäßigen Sportteilnahme vielfältig sind.

Für die Praxis ist ein besseres Verständnis dieses Phänomens und ein Hineinversetzen in die Lebenswelt der Betroffenen notwendig, um zukünftig die Passung zwischen Bewegungsinterventionen und den Bedürfnissen der Teilnehmer(innen) verbessern zu können.

Im zweiten Kapitel wird eine theoretische Grundlage zu den motivationalen und volitionalen Prozessen, die hinter dem Teilnahmeverhalten stehen, dargestellt. Kapitel 3 thematisiert die Lebenswelt der betroffenen Personen, um die Hintergründe der Traumatisierung und die sich daraus ergebenden Lebensumstände zu kennen. Zudem wird ein kurzer Überblick über den Forschungsstand der Bewegungstherapie mit Folter- und Kriegsüberlebenden gegeben. Mit Kapitel 4 beginnt der empirische Teil der Arbeit, welcher aus einer Klassifizierung des Teilnahmeverhaltens, sowie qualitativen Methoden (Beobachtung und Interview) besteht. Es folgen die Ergebnisse. Es werden ausführlich die einzelnen Faktoren erläutert. Zudem wird versucht für jede Klasse eine Charakteristik anhand der in der jeweiligen Klasse vorkommenden Faktoren zu machen. In der Diskussion wird über diese Ergebnisse reflektiert. Den Abschluss bilden die Empfehlungen für die Praxis und eine Kritik über die Arbeit.

2 Fluktuierende Teilnahme

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht das Phänomen der unregelmäßigen Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“. Die psychologischen Prozesse, die für das Beginnen und die fortlaufende Aufrechterhaltung einer körperlichen Aktivität beteiligt sind, gewinnen zunehmend an Bedeutung (Rodgers, Hall, Duncan, Pearson, & Milne, 2010). Dabei stehen oftmals die Personen im Vordergrund, die regelmäßig an Interventionen teilnehmen (Kahlert, 2015). Fluktuation als Verhaltensmuster im sportlichen Kontext wurde bis dato nur in wenigen Arbeiten explizit untersucht. Dabei unterscheiden sich die verwendeten Definitionen von Fluktuation, sowie die Herangehensweise zur Messung und Evaluation dieser Verhaltensweise. In diesem Kapitel wird das Phänomen Fluktuation im Kontext von Sport- und Bewegungsverhalten beleuchtet. Dabei soll eine Übersicht über die Definitionen von Fluktuation sowie zum aktuellen Forschungsstand gegeben werden.

2.1 Phänomen Fluktuation

In der sportpsychologischen Forschung über das Gesundheitsverhalten wird das Teilnahmeverhalten an Interventionsgruppen beziehungsweise Sportprogrammen oftmals dichotom in Dabeibleiber(in) (finisher, adherence, compliance) oder Abbrecher(in) (drop out) eingeteilt (Rhodes, Plotnikoff, & Courneya, 2008). Diese Kategorisierung scheint jedoch zu kurz gegriffen, da es zwischen diesen Reinformen ein Teilnahmeverhalten gibt, welches sich zwar durch starke Unregelmäßigkeit auszeichnet, Personen dieses jedoch oftmals über langen Zeitraum aufrechterhalten und sie somit keiner dieser zwei Gruppen zugerechnet werden können.

Ausgehend von den Empfehlungen der HEPA-Agenda (health enhancing physical activity), welche konkret die Mindestdauer und Intensität von gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität pro Woche angibt, definieren Duan, Lippke, Zhang, Brehm und Chung (2016) Fluktuation als unregelmäßige Einhaltung dieser Empfehlungen. Kahlert (2015) definiert das zugrundeliegende Ziel zur Verhaltensänderung toleranter als individuellen Vorsatz das Ausmaß von körperlicher Aktivität zu steigern unabhängig von objektiven Richtwerten.

Um die dahinterstehenden psychologischen Prozesse zu konzeptualisieren existieren in der Fachliteratur zwei zentrale Ansätze. Beide Ansätze sind personen-zentriert und haben die Grundannahme, dass Fluktuation keine intrapersonell auftretende Varianz im Verhalten ist, sondern gewisse Personen eine Disposition zur Fluktuation haben (Kahlert, 2015; Shang et al., 2018).

Einerseits wird Fluktuation in der Sportteilnahme als eigenes Stadium in Modellen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens beschrieben, andererseits wird es als allgemeines, sportspezifisches Verhaltensphänomen betrachtet, welches aus Rückfall und Wiederaufnahme des Zielverhaltens besteht. Letzteren Ansatz erklärt Kahlert (2015) als Zurückfallen von einem bereits begonnenen Bewegungsverhalten in ein niedrigeres Aktivitätsverhalten. Die Autorin betont, dass es nicht nur einen dauerhaften Rückfall (relapse) gibt, sondern sich wiederholende Unterbrechungen, die ein paar Tage oder Wochen andauern können (lapses), häufig zu beobachten sind (Kahlert, 2015). Die Personen kehren immer wieder, jedoch unberechenbar und sprunghaft, in das gewünschte, aktivere Bewegungsverhalten zurück (readaption). Für diese Personen ist die regelmäßige Sportteilnahme keine feste Gewohnheit.

Eine weitere Definition für das Phänomen Fluktuation bieten Stadienmodelle, welche generell die Prozesse einer Gesundheitsverhaltensänderung konzeptualisieren.

Grundsätzlich gehen Stadienmodelle davon aus, dass sich Menschen bezüglich ihres Sportverhaltens in bestimmten Stadien, auch Stufen oder Zustände genannt, befinden. Es wird angenommen, dass sich die Individuen nicht nur aufgrund ihres beobachtbaren Verhaltens den einzelnen Stadien zuordnen lassen, sondern sich auch die erlebten Gefühle und Gedanken der Menschen innerhalb eines Stadiums ähneln und zu anderen Stadien abgrenzen lassen (Lippke & Kalusche, 2007). Man geht folglich auch davon aus, dass Personen im selben Stadium ähnliche Schwierigkeiten erleben und daher in unterschiedlichen Stadien von unterschiedlichen Maßnahmen unterstützt werden können.

Fuchs (2001) beschreibt das Stadium der Fluktuation als eine Form des sportlichen Engagements, welches unregelmäßig, gelegentlich und ohne gleich bleibenden Rhythmus (zum Beispiel wöchentlich) durchgeführt wird. Die Teilnahme stellt dabei keine feste Gewohnheit dar. Zuwenig eingesetzte Handlungskontrolle für eine regelmäßige Umsetzung des gewünschten Verhaltens sei die Ursache (vergleiche dazu Kapitel 2.2 Fluktuation im Berliner Sportstadienmodell). Auch im Multistadienmodell der Gesundheitsverhaltensänderung (MSM) stellt Fluktuation ein abgrenzbares Stadium dar, welches auf dem Weg zu einem körperlich aktiveren Gesundheitsverhalten durchlaufen wird. Hierbei thematisieren Lippke und Ziegelmann (2006) die wahrgenommene Schwierigkeit das sich vorgenommene Verhalten umzusetzen. Nicht das tatsächlich umgesetzte Verhalten selbst stellt das Kriterium für die Stadienzugehörigkeit der Fluktuation dar, sondern die dahinterstehenden psychologischen Prozesse. Empfinden es Personen über einen längeren Zeitraum als schwierig das Verhalten automatisch im Alltag umzusetzen, zählen sie demnach als Fluktuierer(innen). Die Automatisierung des Verhaltens schwankt. Das Risiko eines Dropouts ist bei den Personen dieses Stadiums

erhöht und die Kontrolle der Verhaltensrealisierung bedarf eines großen Aufwands (Lippke & Ziegelmann, 2006).

2.2 Fluktuation im Berliner Sportstadienmodell (BSM)

Im Berliner Sportstadienmodell (BSM) skizziert Fuchs (2001) Fluktuation als ein eigenes Stadium. Wie in Abbildung 1 zu erkennen ist, besteht das BSM aus acht Handlungsstadien. Es wurzelt im transtheoretischen Modell von DiClemente und Prochaska (1998) sowie dem Rubikon-Modell von Heckhausen, Gollwitzer und Weinert (2013). Das Modell besteht aus zwei prädeziSIONalen und sechs postdeziSIONalen Phasen.

Die zwei Phasen Präkontemplation und Kontemplation sind vor der tatsächlichen Entscheidung mit dem Sport zu beginnen, somit bildhaft ausgedrückt vor der Überquerung des Rubikons. Im Stadium Präkontemplation wird noch nicht einmal ernsthaft über das Sporttreiben nachgedacht. Im darauffolgenden Kontemplationsstadium, in dem sich Personen konkretere Vorstellungen darüber machen, eventuell mit dem Sport zu beginnen, entsteht eine subjektive Bewertung über die Bedeutsamkeit der Erreichung des Verhaltens und die Erwartung darüber, ob es erreicht werden kann. Personen in dieser Phase sind offen für Informationen zu Nutzen und Kosten des möglichen, neuen Verhaltens. Fällt dieses Abwägen positiv aus, kommt es zur Disposition. Kriterium für dieses Stadium ist das Vorhandensein der Zielintention. Der deutliche Entschluss mit dem Sport zu beginnen wurde hier bereits gefasst, jedoch wurden noch keine konkreten Entscheidungen bezüglich Umsetzung getroffen. Diese passieren in der Phase Präaktion. Gollwitzer und Malzacher (1995) sprechen ab diesem Zeitpunkt von der Realisierungsintention. Diese beinhaltet zielgerichtete Handlungen wie zum Beispiel das Kaufen von Sportequipment oder das Anmelden für einen Sportkurs. Die Person informiert sich über Zeit und Ort des Sporttreibens und legt sich fest. Kommt es im Weiteren zur tatsächlichen Initiierung einer Sportaktivität, spricht man von Implementierung. Es ist die Phase des Ausprobierens und Abstimmens auf den Alltag der Person. Im Rubikonmodell entspricht dies dem Eintritt in die aktionale Handlungs- bzw. Volitionsphase, der tatsächlichen Umsetzung in die Tat (Heckhausen et al., 2013). Volition, die willentliche Umsetzung von Zielen in Taten, basiert auf Zielgerichtetheit und der Steuerung der eigenen Gedanken, Stimmungen, sowie das erfolgreiche Überwinden von Unlustgefühl beziehungsweise der Willenskraft attraktiven Alternativhandlungen nicht nachzugeben (Baumeister & Tierney, 2012) Es gilt das neue Verhalten gegenüber Alternativverhalten abzuschirmen, um das Sporttreiben zur Gewohnheit zu machen. Dies würde dem Stadium der Habituation entsprechen. Dieses erreicht man, sobald das Verhalten zur Routine geworden ist und wenn man im alltäglichen Normalfall innere und äußere Barrieren

überwinden kann. Es helfen dabei Selbstkontrollstrategien die Realisierungsintention abzuschirmen (Nitsch, 1986). Nun gibt es jedoch das Auftreten eines weiteren Stadiums, welches sowohl von der Implementierung als auch der Habituation abgegrenzt werden kann, die Fluktuation (Fuchs, 2001). Personen in diesem Stadium zeigen das gewünschte sportliche Verhalten sehr unregelmäßig, nur gelegentlich. Äußeres Erkennungsmerkmal dieses Stadiums ist die sporadische, unregelmäßige Umsetzung des Verhaltens. Dafür verantwortlich scheint eine unzureichend große Handlungskontrolle zu sein. Fuchs (2001) geht davon aus, dass die Realisierungsintention nicht gut gegenüber attraktiven Handlungsalternativen abgeschirmt werden kann. Widrige Umstände, die das Verhalten erschweren, führen daher leicht zur Nichterfüllung. Situative Umstände bestimmen verstärkt das Verhalten. Eine attraktive Fernsehserie könnte also der Grund sein, das geplante Sporttreiben spontan ausfallen zu lassen.

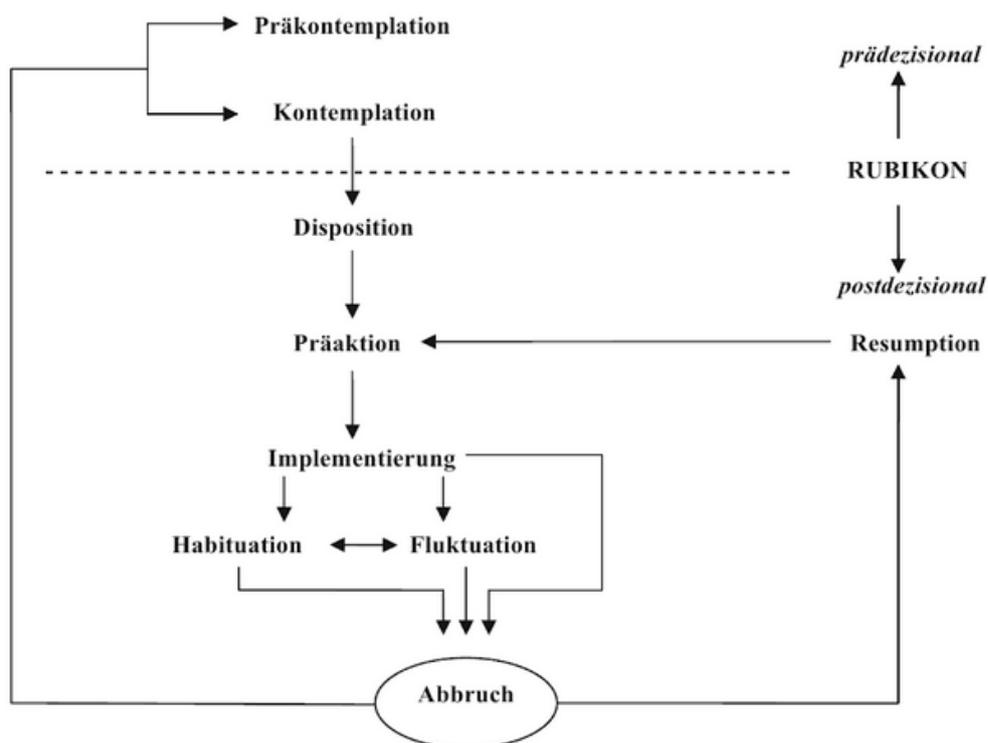


Abbildung 1: Berliner Sportstadienmodell (Fuchs 2001, S. 460)

Ein fluktuierendes Sportverhalten kann nun über eine längere Phase beibehalten werden. Gelingt es den Personen für eine gewisse Zeit ein stabileres Verhalten umzusetzen, dann wechseln sie in das Stadium der Habituation. Im Stadium der Fluktuation besteht jedoch andererseits ein erhöhtes Risiko des Dropouts. Das Verhalten destabilisiert sich dabei soweit, dass es nach und nach gar nicht mehr ausgeführt wird. Das Sportverhalten wird abgebrochen. Dies kann intentional passieren, indem ein Entschluss gefasst wird es zu

beenden. Oftmals geschieht dies jedoch schleichend. Ein längerfristiger Prozess, der unbewusst und schrittweise zum Dropout führt. In Abbildung 1 ist erkennbar, dass der Abbruch kein eigenes Stadium darstellt, sondern nur der mögliche Endpunkt der drei Stadien Implementierung, Habituation oder Fluktuation. Die Personen befinden sich dann entweder wieder in einer der prädeziationalen Phasen Präkontemplation oder Kontemplation oder in der Phase Resumption. Diese Phase ist der Disposition sehr ähnlich. Daher haben Personen in dieser Phase eine Zielintention ausgebildet. Sie haben das vage Ziel, die abgebrochene Sportaktivität wieder aufnehmen zu wollen, gebildet. Ob diese Zielintention in einer Realisierungsintention mündet ist fraglich, jedoch scheint die Wahrscheinlichkeit erhöht zu sein, da die Personen in der Resumptionsphase bereits Erfahrungen mit der Ausübung des Sportverhaltens gesammelt haben, über die inneren und äußeren Handlungsbarrieren Bescheid wissen und die Bewältigung zumindest gelegentlich erfahren haben (Fuchs, 2001).

2.3 Barrieren und Barrierenmanagement in der Sportteilnahme

Zur Verdeutlichung der Barrieren und der Situationen und Ereignisse, welche die Teilnahme beeinflussen, im Folgenden die fiktiven Gedanken eines(r) Teilnehmers (in):

Ich bin neu in der Stadt, wohne glücklicherweise nun in einer eigenen Mietwohnung. Der Umzug aus der Massenunterkunft war an der höchsten Zeit. Die Lage der Wohnung ist nicht ideal, aber zu wählerisch darf man da ja nicht sein. Ich bin dankbar darüber, dass die Kinder nun einen passenden Schulplatz gefunden haben und trotzdem sehr frustriert über die vielen Besuche in der Schule, die mit mühsamen Verständigungsproblemen mit der Direktorin und dem Klassenlehrer verbunden sind. Alle sind dort sehr nett. Richtig kommunizieren lässt sich jedoch trotzdem nicht wirklich. Die vielen Missverständnisse nerven mich. Das einzig Positive daran: sie lenken ab. In der Nacht beginnt der Alptraum. Immer wieder flackern Bilder von damals auf. Immer wieder das Entsetzen der Umstehenden. Das Grauen in den Augen. Der tiefe Schmerz. Es ist jetzt keine Zeit zum Heulen. Ich muss jetzt stark sein. Ich muss funktionieren. Alles andere hat jetzt keinen Sinn. Zumindest der Kinder wegen. Mit viel zu wenig Schlaf beginnt der nächste Tag. Der Weg zum Arzt am anderen Ende der Stadt ist beschwerlich, jedoch spricht dieser ein paar Worte meiner Muttersprache und daher ist es die Strapazen sicherlich Wert.

Danach geht es zum Sport. Das Gefühl danach wird gut sein. Hoffentlich gehen die Kopfschmerzen davon wieder weg. Dass will ich jetzt machen. Das Ticket für die U-Bahn ist jedoch teuer. Knapp 5 Euro hin und retour. Vielleicht wäre das Geld und die Zeit doch besser in die Kinder investiert. Sie haben es in der Schule nicht leicht. Ich koche ihnen lieber etwas Besonderes und fahre jetzt nach Hause.

2.3.1 Negative Konsequenzenerwartung und situative Barrieren

Das Schicksal der Programmteilnehmer(innen) ist schwierig und sehr individuell. Das Erlebte und die besonderen Lebensumstände stellen vielfältige und individuelle Barrieren zur regelmäßigen Sportteilnahme auf. Obwohl die Intention regelmäßig am Programm teilzunehmen gebildet wurde, weicht das Verhalten der meisten Teilnehmer(innen) ab. Diese Intentions-Verhaltens-Lücke ist auch bei nicht von Folter und Krieg betroffenen Personen zu beobachten. Die Faktoren, die eine Intention in Verhalten umsetzen, werden in der Literatur oft als Volition zusammengefasst (Achtziger & Gollwitzer, 2006).

Barrieren können Menschen von der Umsetzung eines beabsichtigten Verhaltens abhalten. Krämer and Fuchs (2010) unterteilen die Barrieren im Prozess der Sportteilnahme in negative Konsequenzenerwartungen und situative Barrieren. Die Überzeugung, dass die Knieschmerzen nach dem Sport schlechter sein werden, wäre ein Beispiel für eine negative Konsequenzenerwartung. Die zweite Gruppe der Hindernisse, die von der Sportteilnahme abhalten können, sind die situativen Barrieren. Das sind physikalische, soziale und psychologische Randbedingungen, welche das Ausführen des Verhaltens erschweren (Krämer & Fuchs, 2010). Folgende Situation wäre ein Beispiel für eine situative Barriere: Man packt seine Sporttasche und macht sich für das Training fertig. Es klopft an der Tür und die befreundete Nachbarin fragt, ob man spontan zum Kaffeetrinken kommen möchte. Der Geruch von frischem Kuchen strömt durch das Stiegenhaus. Situative Barrieren haben viele Gesichter und sind daher schwer vorhersehbar.

2.3.2 Barrierenmanagement

Ein effektives Barrierenmanagement ist die Fähigkeit flexibel mit spontan auftretenden Barrieren umzugehen. Es umfasst alle Strategien, welche zur Umsetzung der Verhaltensabsicht eingesetzt werden. Es wird in diesem Zusammenhang auch von Abschirmung der Intention gegenüber Barrieren gesprochen. Kuhl and Heckhausen (1996) nennen diese Mechanismen auch willentliche Handlungskontrollstrategien. Das Barrierenmanagement gilt als volitionale Kompetenz. Eine regelmäßige Sportteilnahme sei demnach aufgrund volitionaler Intentionsabschirmung möglich (Allmer, 2002). Die

Bewältigungsstrategien befähigen einerseits in Risikosituationen adäquat zu reagieren oder aber ihnen von vornherein aus dem Weg zu gehen. Dazu ist eine mentale Vorwegnahme von potenziell gefährlichen Situationen Voraussetzung. Die Verschiebung aus „ich muss, das wird von mir erwartet“ zu „ich will, denn es tut mir gut“ lässt mit Barrieren leichter und dauerhaft erfolgreicher umgehen.

2.3.3 Selbstwirksamkeitserwartung

Im Barrierenmanagement spielt die Selbstwirksamkeitserwartung eine große Rolle. Dieses Konstrukt beschreibt die Einschätzung der eigenen Fähigkeit schwierige Aufgaben zu bewältigen oder in anderen Worten ist es die Überzeugung selbst fähig zu sein, Handlungen zu organisieren und sie trotz der inneren und äußeren Widerstände ausführen zu können (Bandura, 1982).

2.3.4 Selbstregulation

Eine weitere Determinante für das Umsetzen einer Intention in die Tat ist die Selbstregulation. Wenn eine Person ein herausforderndes Ziel erreichen möchte, muss sie Selbstregulation einsetzen, um Hindernisse, die diesem Ziel entgegenstehen, zu überwinden. Im Folgenden wird kurz auf das Selbstregulationsmodell nach Kanfer (2006) eingegangen. Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten ist Voraussetzung. Diese Kompetenz wird als Selbstbeobachtung bezeichnet. Darauf folgt die Selbstbewertung, welche das tatsächliche Verhalten mit dem Wunschverhalten abgleicht. Aus dieser Selbstbewertung entspringt dann die Selbstverstärkung. Diese äußert sich einerseits in materiellen Belohnungs- und Bestrafungsritualen, aber auch mit affektiven und kognitiven Reaktionen wie beispielhaft Scham oder Stolz (Kanfer et al., 2006).

2.3.5 Die Selbstkonkordanz der Zielintention

Für eine regelmäßige Implementierung des Sportverhaltens misst Fuchs (2005) der Selbstkonkordanz der Zielintention eine hohe Bedeutung bei. Es geht hierbei um die Qualität des Zieles. Je mehr diese den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entspricht, desto höher sind das Bestreben und die Bereitschaft sich engagiert für die gesetzten Ziele anzustrengen. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten umgesetzt wird, steigt. Eine Absicht hat eine hohe Konkordanz, wenn sie auf Autonomie und Freiwilligkeit basiert und den eigenen Interessen und Bedürfnissen der Person entspricht (Sheldon & Elliot, 1999). Die höchste Selbstkonkordanz weisen intrinsische Ziele auf („Ich mache Yoga, weil ich es liebe“). Das Zielverhalten selbst, die Sache an sich, bringt den Anreiz und die Befriedigung. Identifizierte Ziele haben grundsätzlich auch eine hohe Selbstkonkordanz, jedoch laufen die Bewertungsprozesse sehr bewusst ab. Das Umsetzen des Ziels wird als bedeutsam erkannt und steht oft mit übergeordneten Werten in Einklang („Ich mache

regelmäßig Yoga, um gesund zu bleiben“). Den Gegenpol, also eine niedrige Selbstkongordanz, bieten Ziele mit hoher Fremdbestimmung. Introjizierte Ziele entsprechen zwar verinnerlichten Wertvorstellungen. Diese sind jedoch von außen angenommen und nicht die eigenen („ich gehe zum Yogakurs, weil sich meine Familie sonst zu viele Sorgen um meine Gesundheit macht“). Den Vorsatz mit der niedrigsten Selbstkongordanz nennt man extrinsisches Ziel („ich gehe zum Yoga, weil ich als Belohnung von meinem Partner ein neues Handy bekomme“). Es wird davon ausgegangen, dass selbstkongordante Ziele besser vor Infragestellung und konkurrierende Ziele und Verführungen abgeschirmt werden können (Fuchs et al., 2005).

2.3.6 Intentionsabschirmung

Passt man die Umwelt und das eigene Selbst so an, dass die Umsetzung des Verhaltens gegenüber attraktiven Alternativhandlungen abgeschirmt wird, spricht man von der Intentionsabschirmung. Eine beispielhafte Strategie wäre die Aufmerksamkeitskontrolle (Fuchs et al., 2005). Man blendet Informationen, die einen von der Durchführung des Verhaltens abhalten könnten, aus. Beispielhafte Situation: Man sitzt im Auto und hört Radio. Wenn die Vorschau für das Fernsehprogramm kommt, wechselt man den Sender, um nicht in Versuchung zu kommen anstelle des Sports fern zu sehen. Die Intentionsabschirmung bedarf eigener, für die Person passende Regeln. Wenn ich nicht gehe, dann nur im Fall von 40° Fieber oder ähnlich drastisch.

3 Bewegungstherapie mit folter- und kriegsüberlebenden Flüchtlingen

Flüchtlinge sind Menschen, die aufgrund einer wohlbegründeten Furcht vor Verfolgung, aufgrund von Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder politischer Überzeugungen keinen Schutz im Herkunftsland in Anspruch nehmen bzw. dorthin zurückkehren können. (UNHCR, 1953)

3.1 Folter und Krieg

Menschen, die aus ihrer Heimat flüchten müssen, sind oftmals politischer Verfolgung, Folter, Kriegsgefechten, Bombenanschlägen, Terror und sexualisierter Gewalt ausgesetzt, was eine wiederkehrende Gefahr für das Leben bedeutet. Die körperliche und psychische Gesundheit ist dadurch ständig in Bedrohung (Neuner, Elbert, & Schauer, 2011). Die Auswirkungen von Krieg und Folter auf die menschliche Psyche stehen zunehmend im Zentrum von psychologischer und psychotherapeutischer Forschung (Steel et al., 2009). Die erlebte Machtlosigkeit der Opfer kann zu tiefgreifenden, psychischen Veränderungen führen. Die Wirkungen gehen weit über die tatsächlich lebensbedrohliche Situation hinaus und verändern das tägliche (Er-) Leben nachhaltig.

Die einschneidenden Erfahrungen zerrütten das Grundvertrauen zu anderen Menschen und dem Weltverständnis. Insbesondere die Situation von geflohenen Menschen ist vielschichtig herausfordernd. In den Herkunftsländern herrschen seit Jahrzehnten wirtschaftliche Krisen, welche für den Großteil der Bevölkerung Armut zur Folge hat. Dabei ertragen viele Flüchtlinge bereits in ihrer Kindheit häusliche Gewalt und instabile Verhältnisse (Schauer, 2016).

Auf der Flucht aus den Kriegsgebieten in ein sicheres Zielland treten häufig weitere traumatische Erlebnisse auf. Die Fliehenden sind ständiger Gefahr ausgesetzt. Die lebensbedrohliche Überquerung des Mittelmeeres, das Mitansetzen von Ertrinken, Gewalttaten und Leid, das Ausgeliefertsein an Schlepperbanden, körperliche und sexuelle Übergriffe und permanente Zukunftsängste stellen intensive, psychische Stressoren dar. In den Zielländern angelangt, sind die Menschen zumeist weiterhin existenziellen Unsicherheiten ausgesetzt. Durch das unfreiwillige Verlassen ihrer Heimat, der Verlust von Eigentum, Angehörigen, Freunden, Beruf und ihren sozialen Rollen erleben die Personen ein intensives Gefühl von Entwurzelung (Moser & Frey, 2008).

Die Aussetzung dieser kumulativ chronischen Stressoren geht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher psychische Störungen bzw. körperliche Erkrankungen zu entwickeln (Elbert, Wilker, Schauer, & Neuner, 2017). Insbesondere das Risiko eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln ist unter diesen Umständen deutlich erhöht (Catani, Jacob, Schauer, Kohila, & Neuner, 2008; Kolassa et al., 2010). Auf diese Störung wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

3.2 Psychisches Trauma

Der Begriff des Traumas stammt aus dem Altgriechischen (τραύμα) und bedeutet dort Wunde, Verletzung und Niederlage (Geiser, 2014).

Fischer und Riedesser verstehen ein Trauma als

[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. (Fischer & Riedesser, 2009: S. 79)

Die direkten Auswirkungen von Krieg und Flucht sind weitreichend und haben somatische und psychische Erkrankungen als Folge. Die Erfahrungen können extreme Angst, Stress, Gefühle der Hilflosigkeit und Entsetzen auslösen. Können diese Stressspannungen nicht adäquat abgebaut und das Erlebte verarbeitet werden, kann dies zu psychischen Folgestörungen führen. Laut ICD-10 (2018) werden die „akute Belastungsreaktion“, die „Posttraumatische Belastungsstörung“ und „Anpassungsstörung“ als Reaktion auf schwere Belastungen unterschieden.

Im Folgenden wird näher auf die Posttraumatische Belastungsstörung eingegangen, da diese eine häufige Reaktion auf die Erlebnisse von geflohenen Menschen ist.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Posttraumatische Belastungsstörung wie folgt:

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf 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. (ICD-Code, 2018, F43.1)

Die Begriffe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS), Posttraumatisches Stresssyndrom bzw. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) werden synonym behandelt. In der vorliegenden Arbeit werden

der Begriff Posttraumatische Belastungsstörung sowie die Abkürzung PTBS verwendet. Um eine PTBS zu entwickeln, muss man nicht unmittelbar Opfer einer traumatischen Situation gewesen sein. Nahestehende Personen, die von dem traumatischen Ereignis erfahren oder Augenzeugen können indirekt betroffen sein und eine Störung als Reaktion zeigen.

Opfer von Folter und Vertreibung zeigen eine Prävalenzrate von 30,6 % für eine Posttraumatische Belastungsstörung (Steel et al., 2009).

Typische Symptome sind das Wiedererleben des Traumas in Form von Erinnerungen, Tagträumen und sich aufdrängenden Erinnerungsbildern (Flashbacks). Ebenso üblich sind Angstträume, sowie emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmelosigkeit der Umgebung und anderen Menschen gegenüber. Es werden Situationen, die mit dem Trauma assoziiert werden, vermieden. Oftmals klagen die Betroffenen über vegetative Übererregtheit, welche sich in Form von Schlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Wachsamkeit oder übertriebener Schreckhaftigkeit äußern kann. Es ist von „speechless terror“ (sprachlosem Entsetzen) die Rede, wenn Betroffene nicht fähig sind, das Erlebte auszudrücken (Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996).

Menschen, deren Grundbedürfnis nach Sicherheit erfüllt ist, haben zumeist Überzeugungen, dass die Welt ein sicherer Platz sei, dass die meisten Leute gutmütig sind und die Geschehnisse auf der Welt berechenbar sind. Bei traumatisierten Personen kommt es zu einer Erschütterung des Ich- und Weltverständnisses. Die positiven Grundüberzeugungen werden in Frage gestellt und die Welt erscheint feindselig, unberechenbar und chaotisch (Janoff-Bulman, 1985).

Studien ergaben eine Komorbiditätsrate von bis zu 90 % - Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen, die dabei zeitgleich zur PTBS auftreten (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001).

Neben den psychischen Reaktionen auf Traumatisierung treten bei geflohenen Menschen oftmals chronische somatoforme Störungen auf. Unter somatoformer Störung versteht man körperliche (somatische) Symptome, deren Ursprung nicht in einer organischen Erkrankung liegt, sondern psychisch bedingt ist (ICD-Code, 2018). Häufig klagen die Betroffenen über chronische Rückenschmerzen, Nacken- sowie Schulterprobleme (Gerritsen et al., 2006).

3.3 Bewegungstherapie mit Folter- und Kriegsüberlebenden

Harter (2010) definiert die medizinische Trainingstherapie allgemein als

[...] eine ganzheitliche, multimodale Vorgehensweise, die bereits mit der Befunderhebung/Diagnostik beginnt und sich in allen Abschnitten der Therapie widerspiegelt. Alle motorischen Eigenschaften wie die Kraftleistungsfähigkeit, die Flexibilität, die Ausdauer, die Koordination und die psychologischen Aspekte finden darin Berücksichtigung und sind gemeinsam auf einen erfolgreichen Therapieverlauf ausgerichtet.

Körperorientierte Therapieverfahren werden heute in praktisch allen psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychosomatischen Einrichtungen eingesetzt (Broocks, 2010). Wie bereits erwähnt, haben Folter- und Kriegsüberlebende ein erhöhtes Risiko eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln. In dieser Population ist die Prävalenz für Übergewicht und Diabetes mellitus erhöht (Rosenbaum, Vancampfort, et al., 2015). Das Risiko ein metabolisches Syndrom zu entwickeln, ist doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung (Rosenbaum, Stubbs, et al., 2015).

Schon alleine aus dieser Hinsicht erscheint die Sinnhaftigkeit von körperlicher Aktivität für die Behandlung und Prävention der genannten Begleiterkrankungen naheliegend. Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität auf die Reduzierung von abdomineller Adipositas, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie wurde in zahlreichen sportmedizinischen Forschungsarbeiten belegt und gilt als allgemein anerkannt (Lee & Paffenbarger Jr, 2000; Paffenbarger Jr et al., 1993; Pate et al., 1995). Sport und Bewegung bewirken jedoch nicht nur auf einer körperlichen Ebene Positives, sondern löst Bewegung Emotionen aus und hat immer auch eine psychosoziale Wirkkomponente. Diese mehrdimensionale Wirkung von Sport und Bewegung ist bedeutsam für die Wiedererlangung und Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit und wird zunehmend zur Behandlung psychischer Störungen eingesetzt (Biddle & Mutrie, 2007; Hölter, 2011).

Die Literatur zur Bewegungstherapie mit der spezifischen Zielgruppe von folter- und kriegsüberlebenden Personen ist begrenzt. Es sind sowohl die eingesetzten körper- und bewegungsorientierten Verfahren heterogen, als auch die Zielgruppen hinsichtlich ihres Erscheinungsbildes. Zusätzlich erschweren die unterschiedlichen Herkunftsländer und Kulturen der jeweiligen Studienteilnehmer(innen) den Vergleich der Studien (Ley et al., 2014). Nichtsdestotrotz gibt es evidenzbasierte Hinweise, dass sich therapeutische Sport- und Bewegungsprogramme bei traumatisierten Folter- und Kriegsüberlebenden gesundheitsförderlich auswirken.

Bei Menschen, die in ihrer Körperlichkeit angegriffen worden sind, erscheint es durchaus sinnvoll zu den verbalen Therapieformen auch körperbezogene Verfahren anzuwenden. Koch und Weidinger von der Recke (2009) sind Vertreterinnen dieser Meinung und verbanden in der Traumaarbeit mit Flüchtlingen einen gesprächstherapeutischen mit einem tanz- und bewegungstherapeutischen Ansatz. Sie berichten neben der Reduzierung der Symptome von einem positiveren Selbstbild und einer besseren Körperbeziehung nach der Intervention. Sie betonen die somatische Ebene einer Traumatisierung, der durch körperliche Elemente in der Therapie Rechnung getragen werden kann (Koch & Weidinger-von der Recke, 2009).

Genauso die Expertengruppe rund um Van der Kolk (2014b), welche die Wirkfaktoren von Yoga auf die Symptome von traumatisierten Flüchtlingen untersuchten, berichten von positiven Veränderungen. Die Toleranz sowie der Umgang mit Angst und Hilflosigkeit waren in der Yoga-Interventionsgruppe messbar erhöht.

Ebenso betont der Projektleiter des Bewegungsprogrammes „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ Dr. Clemens Ley, welcher seit vielen Jahren Forschung in der traumasensitiven Therapie mit Flüchtlingen betreibt, das große Potential von Bewegung und Sport für psychosoziale Prozesse, die zu einer mentalen Stabilisierung und Ressourcenförderung der betroffenen Personen beitragen können. Für den therapeutischen Prozess ist dabei das Zusammenspiel zwischen funktioneller, psychosozialer und pädagogischer Dimension von großer Bedeutung (Schüle & Huber, 2012). Rund um das Forschungsprojekt Movi Kune wurden in den vergangenen fünf Jahren empirische Untersuchungen durchgeführt, die mit unterschiedlichen Erkenntnissen einen wissenschaftlichen Beitrag zur Bewegungstherapie mit Posttraumatisierten Folter- und Kriegsüberlebenden liefern.

3.4 Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“

Seit 2013 besteht das Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ unter der Leitung von Dr. Clemens Ley zwischen dem Institut für Sportwissenschaft an der Universität Wien und dem gemeinnützigen Verein Hemayat, welcher sich als Zentrum für medizinische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden in Wien versteht. Im Zuge des Programmes „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ werden wissenschaftlich fundierte Sport- und Bewegungseinheiten geplant, durchgeführt und evaluiert. Es soll ein Beitrag zur wissenschaftlichen Forschung zur Therapie von traumatisierten folter- und kriegsüberlebenden Personen leisten.

In der Therapie von traumatischen Erlebnissen wird in der ersten Phase auf die Stabilisierung und Ressourcenförderung gesetzt. Die Reaktivierung der Selbstressourcen

ist dabei ein wesentliches Ziel des Bewegungsprogrammes. In dieser Phase der Traumatherapie werden die betroffenen Personen nicht direkt mit der Traumatisierung konfrontiert, sondern steht die Stärkung des Sicherheits- und Stabilitätsgefühls im Vordergrund (Butollo, Krüsmann, & Hagl, 2002).

Das dem Programm zugrundeliegende Menschenbild entspricht dem bio-psycho-sozialen Modell von Engel (1976) wonach der Mensch als körperlich-seelisches Wesen in seinen öko-sozialen Lebenswelten gesehen wird. Das Programm verfolgt somit einen ganzheitlichen Ansatz und die Inhalte der Bewegungseinheiten sollen positiv auf der physiologischen, der psychologischen und der sozialen Ebene wirken.

Durch einen wertschätzenden Umgang miteinander soll eine angenehme und sichere Atmosphäre geschaffen werden, in der sich die Teilnehmer(innen) wohlfühlen und sich auf den Therapieprozess möglichst gut einlassen können. Durch die Möglichkeit auf Mitgestaltung und Mitbestimmung, sowie die Einbringung persönlicher Wünsche und Fähigkeiten, sollen die Personen aus der Opferrolle in einem aktiven, selbstbestimmten Tun unterstützt werden (Ley et al., 2014). Positive Erfahrungen sollen das Vertrauen der Teilnehmer(innen) in ihre eigenen Kompetenzen stärken und ihnen bewusst machen, dass sie selbst Einfluss auf Geschehnisse haben.

Ein weiteres, wesentliches Ziel des Bewegungsprogrammes „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ ist die Steigerung der physiologischen Leistungsfähigkeit. Das Training soll eine Hilfestellung zur Verarbeitung des Erlebten geben und ist nicht dazu gedacht mit dem Sport Leistungen zu erbringen, die auf ein Siegerpodest führen. Trotzdem stellt die Verbesserung der sportmotorischen Fähigkeiten Kraft, Ausdauer und Koordination einen wesentlichen Beitrag zur ganzheitlichen Gesundheit dar. Das Gespür und die Wahrnehmung des eigenen Körpers sollen durch unterschiedliche Achtsamkeitsübungen angeregt werden. Viele der Teilnehmer(innen) leiden an chronischen Schmerzen, was oftmals die körperliche Inaktivität im Alltag zur Folge hat. Durch das Bewegungsangebot können Verspannungen teilweise gelöst werden und die Unterscheidung zwischen pathologischem Schmerz und anstrengungsinduziertem Muskelschmerz erfahren werden.

Zusätzlich zur physisch-funktionellen Dimension fordern die Interventionsinhalte auch die kognitiven Fähigkeiten, beispielsweise die Konzentrationsfähigkeit. Die Teilnehmer(innen) werden geistig ins Hier und Jetzt geholt und traumabedingtes Gedankenkreisen kann unterbrochen werden.

Übungsformen in Partner, Klein- und Großgruppen ermöglichen das Erleben in sozialen Beziehungen, um bewusste Ich- und Gruppenerfahrungen zu sammeln und die Kompetenz in der Beziehungsgestaltung zu steigern (Ley et al., 2014).

Die Fähigkeit spontane Emotionen und Affekte bewusst wahrzunehmen und zu regulieren wird durch entsprechende Situationen wie beispielsweise in Sportspielen geschult und erweitert. Sport und Bewegung eignen sich hervorragend um spielerisch emotionale Kompetenzen zu erweitern.

Durch freudvolles Bewegen sollen positive Erfahrungen mit dem eigenen Körper gemacht werden. Die eigene psychologische und physiologische Widerstandskraft kann dadurch gestärkt werden. Die Trainingstherapeut(innen) werden angehalten Handlungs- und Effektwissen zu vermitteln, um ein langfristiges, selbstständiges Bewegungsverhalten der Teilnehmer(innen) zu fördern. Regelmäßig wird Raum und Anregung zur Reflexion gegeben, um das eigene Erleben bewusst wahrzunehmen.

Am Programm nehmen sowohl Männer als auch Frauen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Muttersprachen teil, wobei in geschlechtergetrennten Gruppen trainiert wird, die jeweils von gleichgeschlechtlichen Therapeut(innen) angeleitet werden. Die Bewegungseinheiten finden zweimal pro Woche statt und dauern jeweils 90 Minuten. Die Frauen und Männer sind in Betreuung beim Verein Hemayat und haben ein Mindestalter von 18 Jahren. Das Therapeut(innen)team setzte sich aus Psycholog(innen), Psychotherapeut(innen) und Sportwissenschaftler(innen) zusammen, welche auf allen Ebenen eng zusammenarbeiten.

3.5 Forschungsfrage

Erfahrungsberichte aus vergangenen Forschungsinterventionen des Bewegungsprogrammes lassen vermuten, dass viele Teilnehmer(innen) unregelmäßig am Bewegungsprogramm teilnehmen. Es stellt sich nun die Frage, ob sich diese Annahme anhand von Anwesenheitsprotokollen bestätigen lässt. Welche Faktoren erklären dieses Phänomen der fluktuierenden Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ bei folter- und kriegsüberlebenden Flüchtlingen? Was sind die Gründe für Dropout und unregelmäßige Teilnahme? Welche dieser Faktoren sind generell und welche in Abhängigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei folter- und kriegsüberlebenden Personen?

4 Empirische Auseinandersetzung

In den vergangenen fünf Jahren, seit das Forschungsprojekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ besteht, berichten Trainingstherapeut(innen), dass es vielen Teilnehmer(innen) schwer fällt regelmäßig am Bewegungsprogramm teilzunehmen. Obwohl die Teilnehmer(innen) zu Beginn der Intervention zu einer regelmäßigen Teilnahme einwilligen, wird beobachtet, dass der Großteil Schwierigkeiten bei der Umsetzung hat. Ziel dieser Untersuchung ist es diese Annahme anhand von Anwesenheitsprotokollen systematisch zu prüfen. In einem weiteren Schritt sollen Teilnahmemuster identifiziert und beschrieben werden. Durch teilnehmende Beobachtung sowie Interviews vor Beginn und nach Beendigung der Intervention soll ein Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe gegeben werden, um das Phänomen der fluktuierenden Teilnahme und dessen Entstehungsfaktoren besser verstehen zu können.

4.1 Stichprobe

An der Intervention nahmen Frauen und Männer teil, die beim Verein „Hemayat“ in psychotherapeutischer Betreuung sind und ein Mindestalter von 18 Jahren haben. Die Teilnahme am Bewegungsprogramm war freiwillig, wenngleich beim Erstgespräch betont wird, dass nur eine regelmäßige Teilnahme wirksam sei. Die Bewegungseinheiten fanden geschlechtergetrennt statt und wurden jeweils von gleichgeschlechtlichen Personen angeleitet und betreut. Die Männergruppe setzte sich aus 35 Personen zusammen, die Frauengruppe aus 27. Das Durchschnittsalter der Männer ist 38,6 Jahre, das der Frauen 46,4 Jahre. Alle Teilnehmerinnen sind erwachsen und haben ein Mindestalter von 18 Jahren.

Die Einheiten fanden zweimal pro Woche in Räumlichkeiten der Universität Wien statt und dauerten jeweils 90 Minuten.

Das Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ wird seit 2013 durchgeführt. Der Interventionszeitraum der vorliegenden Arbeit erstreckt sich von November 2016 bis Juni 2017 (Frauengruppe) und Juli 2016 (Männergruppe).

Die Herkunftsländer der Teilnehmer(innen) sind Irak, Iran, Pakistan, Tschetschenien, Afghanistan, Georgien, Syrien, Libanon und Somalia. Die Muttersprachen sind Arabisch, Farsi, Englisch, Russisch und Dari. Die Bewegungseinheiten wurden hauptsächlich auf Deutsch und Englisch abgehalten. Die Deutschkenntnisse der Teilnehmer(innen) waren sehr heterogen. Oftmals konnten sich die Personen mit selber Muttersprache gegenseitig weiterhelfen und übersetzen.

Besonders bei der Stichprobenzusammensetzung ist, dass es keinen gemeinsamen Interventionsstart der einzelnen Teilnehmer(innen) gab. Die jeweiligen Psychotherapeut(innen) der Frauen- und Männergruppe haben die Teilnehmer(innen) nach und nach zu den Bewegungseinheiten eingeladen. Die Einschätzung zum Gruppengefüge, der Stabilität der vorhandenen Teilnehme(innen) sowie die Berücksichtigung individueller Charaktere wurden dabei als Entscheidungsgrundlage genommen. Wurde der Zeitpunkt unter diesen Aspekten als passend empfunden, wurden neue Frauen und Männer eingeladen.

Zur Teilnahme gab es keine sportlichen Voraussetzungen. Medizinische Kontraindikationen zur Ausübung von Bewegung und Sport waren jedoch ein Ausschlusskriterium und bedurften ärztlicher Abklärung. Waren die Symptome der Traumatisierung akut, war dies ebenfalls eine Kontraindikation. Die Zielgruppe unterschied sich stark in der Leistungsfähigkeit. Dies war zum Teil auf die unterschiedlichen Vorerfahrungen hinsichtlich Sport und Bewegung zurückzuführen. Ebenso spielten dabei die körperlichen Einschränkungen durch Verletzungen und Krankheiten eine große Rolle.

4.2 Klassifikation des Teilnahmeverhaltens

In diesem Abschnitt werden die Schritte, die zur Auswertung der Teilnahmeprotokolle vorgenommen wurden, ausführlich beschrieben. Die Kursteilnahme stellt das zu untersuchende Merkmal dar. Diese wurde mithilfe von Teilnahmeprotokollen für jede Einheit aufgezeichnet. Ziel war es, nach Merkmalsähnlichkeiten zu suchen und eine Typisierung von Verhaltensmustern vorzunehmen. Mit anderen Worten wurde eine Einteilung der Fälle, die zueinander möglichst homogen sind und sich gleichzeitig von anderen Klassen möglichst unterscheiden, vorgenommen. Um die wöchentliche Teilnahme bzw. Nichtteilnahme mit ähnlichen Studien vergleichen zu können, wurden die Daten so zusammengefasst, dass pro Person für jede Interventionswoche eine Ausprägung ermittelt wurde (1 = in der jeweiligen Interventionswoche mindestens einmal anwesend; 0 = in der jeweiligen Woche in keiner der beiden Einheiten anwesend). Dadurch entstand eine Zeitreihe pro Person. Der nächste Schritt war es, die entstandenen Zeilenvektoren je Person auf Ähnlichkeit hin zu untersuchen und die Teilnehmer(innen) in Klassen einzuteilen. Angelehnt an eine Untersuchung von Fuchs, Seelig und Kilian (2005) über das Teilnahmeverhalten von Studierenden an Universitätssportkursen wurde beim Teilnahmeverhalten von vier wesentlichen Klassen ausgegangen. Die Bezeichnungen dieser Klassen sind „Dabeibleiber(in)“, „Frühabbrecher(in)“, „Spätabbrecher(in)“ und „Fluktuierer(in)“.

Der Untersuchungszeitraum wurde auf 18 Wochen festgelegt. Teilnehmer(innen), die später zur Intervention eingeladen wurden und deren Teilnahme daher kürzer als 18 Wochen protokolliert worden ist, wurden aus dieser statistischen Untersuchung ausgeschlossen. Bei den Männern waren dies 6 Fälle, bei den Frauen wurden ebenfalls 6 Fälle ausgeschlossen. Die Stichprobe für diese Analyse setzt sich daher aus 29 Männern und 21 Frauen zusammen. Die Kriterien für die einzelnen Klassen werden im Folgenden erläutert und in Tabelle 1 exemplarisch dargestellt.

Ein(e) **Dabeibleiber(in)** nimmt beinahe kontinuierlich an der Intervention teil. Er/sie fehlt in den 18 Wochen maximal viermal. Das entspricht einer persönlichen Anwesenheit von mindestens 78 %.

Personen, welche die Intervention abgebrochen haben, werden auf zwei Klassen aufgeteilt. Diejenigen, die in der ersten Interventionshälfte abbrechen, werden als **Frühabbrecher(in)** bezeichnet. Die letzte Teilnahme ist daher innerhalb der ersten 9 Wochen. Wird in der zweiten Hälfte (Woche 10 bis 18) abgebrochen, wird die Person der Klasse **Spätabbrecher(in)** zugeteilt. Von Abbruch beziehungsweise Drop out wird in der vorliegenden Arbeit ab 6 Wochen Abwesenheit gesprochen. Diese Dauer erschien lange genug, um Alltagsschwankungen wie Krankheit und Urlaub zu berücksichtigen.

Das Teilnahmeverhalten wird nicht nur in Dropout und kontinuierliche Teilnahme eingeteilt, sondern, angelehnt an die Untersuchung von Fuchs und Seelig (Fuchs et al., 2005), wird auch dem Verhaltensphänomen, welches zwischen klarem Abbruch und regelmäßiger Teilnahme liegt, nämlich dem fluktuierenden Verhalten Rechnung getragen. Ein(e) **Fluktuierer(in)** grenzt sich von den obigen Klassen ab, da er oder sie weder abbrechen, noch regelmäßig teilnimmt. Dieses Verhaltensmuster zeichnet sich im Verhalten durch Unregelmäßigkeit aus, dennoch bleiben die Teilnehmer(innen) mehr oder weniger bis zum Schluss dabei.

Tabelle 1

Exemplarische Zeitreihen je Klasse für die Wochen 1 bis 18

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
DB	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
FA	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SA	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
FK	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0

Anmerkung. DB = Dabeibleiber(in); FA = Frühabbrecher(in); SA = Spätabbrecher(in); FK = Fluktuierer(in)

Die deskriptiven Maßzahlen wurden in den Programmen IBM SPSS Statistics Version 24 und Microsoft Excel 2013 vorgenommen.

4.3 Leitfadeninterview

Die Therapeut(innen) vom Verein Hemayat führten mit jede(r) Teilnehmer(in) vor Beginn und nach Beendigung der Intervention ein Interview durch. Für diese Interviews werden in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnungen Erstgespräch und Nachgespräch verwendet. Der Leitfaden wurde von Dr. Clemens Ley, dem Projektleiter, ausgearbeitet. Wenn es notwendig war, unterstützte ein(e) Dolmetscher(in) bei der Durchführung der Interviews. Vor allem bei den Abbrecher(innen) gelang es teilweise nicht das Nachgespräch durchzuführen, da die Personen nach Abbruch oft schlecht oder gar nicht mehr erreichbar waren.

Im Erstgespräch wurden die Vorerfahrungen bezüglich Sport und Bewegung erfragt, sowie die Erwartungshaltung und die persönlichen Ziele das Programm betreffend. Selbst eingeschätzte Bedenken und Barrieren wurden ermittelt. Dabei wurde möglichst offen gefragt, um möglichst alle Aspekte zu berücksichtigen. Das Leitfaden-Interview eignet sich dafür besonders gut, da die Teilnehmer(innen) ermutigt werden sich frei zu äußern und ihre Bedürfnisse, Förderfaktoren und Barrieren gut erhoben werden können. Im Zuge dieses Interviews wurde auch auf die Termine des Trainingsprogrammes eingegangen und mögliche terminliche Überschneidungen und Verhinderungsgründe zu eruieren und im Vorfeld zu besprechen.

4.4 Teilnehmende Beobachtung

Ergänzend zu den Interviews wurde ein zweites qualitatives Verfahren angewendet - die teilnehmende Beobachtung. Eine Methode der freien Feldforschung, welche häufig in der Sozialwissenschaft Anwendung findet. Dabei wurde in der vorliegenden Arbeit die unstrukturierte, nicht standardisierte oder auch offene Variante durchgeführt. Klärner (2002) bezeichnet dieses Vorgehen als „Königin unter den Methoden der Feldforschung“ (S.147). Die beobachtende Person nimmt dabei selbst am zu untersuchenden Geschehen teil und erhält Zugang in die interessierende Gruppe (Klärner, 2002). Die Daten werden durch die Teilnahme der Beobachtenden an der natürlichen Lebenssituation des Untersuchungsobjektes generiert. Die Nähe zum untersuchten Forschungsgegenstand lässt einen Einblick in Alltagssituationen und in persönliche Lebensweisen zu. Die Partizipation an den Interaktionen der Teilnehmer(innen) und das unmittelbare Miterleben

von Situationen versprechen ein Verständnis von Handlungen, Denkweisen und Besonderheiten, die das häufig auftretende Phänomen der fluktuierenden Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ ausmachen.

Grundsätzlich kann die teilnehmende Beobachtung aktiv oder passiv durchgeführt werden. Dabei wird oftmals keine strikte Unterscheidung vorgenommen. Es wird als Kontinuum mit Zwischenformen und Abstufungen von aktiv zu passiv gesehen (Lamnek, 2006). Die Therapeut(innen) von „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ nahmen aktiv am Forschungsfeld teil. Dabei übernahm eine Person die Trainer-Rolle und die übrigen Therapeut(innen) nahmen am Training teil. Alle machten bei den Spielen und Übungen aktiv mit. Es entstanden zahlreiche Interaktionen zwischen Trainingstherapeut(innen) und Teilnehmer(innen). Während des Interventionszeitraumes litt der Psychotherapeut der Männergruppe selbst unter starken Rückenschmerzen und konnte aus diesem Grund teilweise nur sehr eingeschränkt mitmachen. An manchen Tagen nahm er aus diesem Grund eine reine Beobachterrolle ein und nahm nicht aktiv teil.

4.5 Datenproduktion

Die Daten für die qualitative Analyse entstammen aus zwei Quellen. Einerseits wurden die Erst- und Nachgespräche stichwortartig protokolliert. Andererseits wurde das Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Traumaexperten von Hemayat zur Analyse herangezogen. Dabei schrieben sie nach jeder Einheit das gerade Erlebte nieder und hielten die Beobachtungen, Wahrnehmungen und nennenswerten Geschehnisse fest. Um einen guten Schreibfluss zu ermöglichen, wurde ausdrücklich kein großer Wert auf grammatikalische Korrektheit und Rechtschreibung gelegt. Die Anonymität der Teilnehmer(innen) wird garantiert indem von Beginn an personalisierte Codes anstelle der Namen verwendet wurden. Die erzeugten Daten wurden mit Vorsicht und hoher Vertraulichkeit behandelt. Die Dateien wurden mit Passwort gesichert und waren nur dem Projektleiter und den betroffenen Studierenden zugänglich.

Für die Analyse der Daten wurde das Softwareprogramm Atlas.ti (Version 7) verwendet. Beim Durcharbeiten der Daten wurden Unterkategorien zu den zuvor erstellten Hauptkategorien entworfen. Beim mehrmaligen Durcharbeiten des Datenmaterials wurden relevante Passagen kodiert und in das Kategoriensystem eingeordnet.

Im Folgenden wird die Zitation der kodierten Stellen kurz erläutert. Die verwendeten Abkürzungen, welche für das Nachvollziehen der Zitationen relevant sind, können Tabelle 2 entnommen werden.

Ein Beispiel für eine kodierte Stelle aus den Erst- und Nachgesprächen würde so aussehen:

„Er ist schwerhörig, trägt ein Gerät in beiden Ohren. Auf der linken oberen Kopfhälfte sei eine Titanplatte implantiert (klopft dagegen). Das ist schon lange her. In der Vergangenheit. Bei Lärm habe er Probleme, Orientierungsprobleme. Auch Schwindel. Auch Gleichgewichtsprobleme“ (E_Az_14:1).

Die Struktur des Zitates ist folgende: Kürzel der Quelle_Teilnehmer(in)_Dokumentennummer:Code

Diese beispielhafte Zitation (E_Az_14:1) steht demnach für Erstgespräch, Teilnehmer Az, Dokumentennummer 14, Code 1.

Tabelle 2

Abkürzungen für die Zitation

E	Erstgespräch
N	Nachgespräch
VP	Verlaufsprotokoll
ZG	Zwischengespräch

Betrifft eine Zitation mehrere Personen, werden die Abkürzungen aller betroffenen Personen getrennt durch Unterstrich angereiht. Ist die ganze Gruppe betroffen, steht anstelle des Personenkürzels „alle“.

4.6 Erstellung eines Kategoriensystem

Um die erhobenen Daten zu analysieren wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewählt. Diese ist ein systematisches, reduzierendes Auswertungsverfahren. Ziel war es eine inhaltliche Struktur aus dem Datenmaterial herauszufiltern. Es wurden zunächst auf der Basis einer gründlichen Literaturrecherche Hauptkategorien und Kriterien für die Kategorien erarbeitet. Zur Abgrenzung zwischen den einzelnen Kategorien wurden Ankerbeispiele ausgewählt. Durch das Kodieren, also dem Zuordnen von Textstellen zu den Kategorien, wird die Komplexität des Datenmaterials reduziert. Das Ziel dabei ist, definierte Aspekte herauszufiltern, um Antworten auf die Forschungsfragen zu finden. Beim Materialdurchlauf wurden Überarbeitungen der Kategorien vorgenommen und Unterkategorien generiert. Die Hauptkategorien wurden demnach deduktiv und theoriegeleitet gebildet, die Unterkategorien induktiv. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da die vorhandene Literatur zwar grundsätzlich passende

Kategorienkonzepte bietet, jedoch zur genauen Ausdifferenzierung den spezifischen Lebensbedingungen von folter- und kriegsüberlebenden Flüchtlingen nicht gerecht wird. Daher erschien die Kombination von deduktiv erstellten Hauptkategorien und induktiv erarbeiteten Untergruppen passend. Zudem reduziert die induktive Vorgehensweise das Risiko einer Verzerrung durch Vorannahmen (Mayring, 2010).

Das Codieren erfolgte in einem zweistufigen Prozess. Nachdem eine erste Zuordnung der Textstellen zu den vier Hauptgruppen durchgeführt worden war, wurde nach einem einwöchigen Abstand das Material erneut analysiert und die Nachvollziehbarkeit überprüft. Parallel wurden für die Hauptkategorien Differenzierungen vorgenommen. Auf die dabei entstandenen Unterkategorien wird in Kapitel 5.2 näher eingegangen. Als Nächstes werden die Hauptkategorien aufgelistet und beschrieben.

Lebensumstand nach der Flucht

Diese Hauptkategorie umfasst alle Ausdrücke der besonderen Lebensumstände von geflüchteten Menschen. Zugeordnet werden Textstellen, die Barrieren zur Programmteilnahme durch die Lebenssituation darstellen. Nach dem Asylgesetz 2005 erhalten schutzsuchende Personen in Österreich, deren Asylantrag positiv entschieden wurde, zunächst drei Jahre Schutz und können sich in Österreich aufhalten. Nach diesen 3 Jahren kann der Schutzstatus unbefristet verlängert werden oder jedoch auch aufgehoben werden. Dieser Status geht mit diversen Rechten und Pflichten einher. Das Asylverfahren, welches mit Anerkennung oder Ablehnung endet, beträgt im besten Fall einige Monate, manchmal aber mehrere Jahre. Während des Asylverfahrens, von der Antragstellung bis zur rechtskräftigen Entscheidung, hat der oder die Fremde den Status „Asylwerber(in)“. Dieser Umstand zeichnet sich durch große Unsicherheit und Ungewissheit aus und zieht mehrere Folgen mit sich. Zum einen sind Wohn- und Arbeitssituation davon betroffen, zum anderen kommen Zukunftsängste, Instabilität und Sorgen über Existenz. Diese Kategorie entspricht dem „non-supportive context“ einer ähnlichen Untersuchung über Barrieren zur Sportteilnahme unter psychisch schwer Erkrankten (Rezaie, Shafaroodi, & Philips, 2017).

Ankerbeispiel: *„Er habe gerade eine Psychotherapie gestartet und wohne derzeit noch im Obdachlosenheim“* (E_Vo_54:3).

Volitionale Komponenten

Dieser Kategorie werden Aussagen zugeordnet, welche die theoretischen Konstrukte, die das Phänomen Fluktuation beeinflussen, widerspiegeln. Wie im Kapitel 2 Fluktuiende Teilnahme erläutert wird, gibt es unterschiedliche Ansätze dieses Verhalten zu erklären. Dabei werden in der handlungspsychologischen Forschung unterschiedliche

Determinanten thematisiert, die für die Schwierigkeit eine gebildete Intention in die Tat umzusetzen, mitverantwortlich zu sein scheinen. Um von dieser Intentions-Verhaltenslücke sprechen zu können, wird eine Absicht beziehungsweise ein Ziel vorausgesetzt. Ist eine Absicht gebildet, braucht es volitionale Umsetzungsstrategien. Einflussgrößen wie beispielsweise die Selbstkonkordanz der Zielintention können maßgeblich für das tatsächliche Umsetzen sein (Fuchs et al., 2005). Wie diese Konstrukte in der betroffenen Zielgruppe in der Praxis aussehen können und welche Ausprägungen sich durch die Besonderheiten der Zielgruppe ergeben, soll durch diese Kategorie herausgefiltert werden.

Ankerbeispiel:

Herr Da, treffe ich bei [der] U-bahn, ich glaube er kommt nur, weil seine Therapeutin (Edita) ihn dazu verdonnert hat. Er erwähnt mindestens dreimal während des Turnens, dass er einen langen Tag hat und der Sport schon sein dritter Termin heute sei. (VP_Da_67:14)

Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“

Externe Barrieren und Förderfaktoren, welche das Verhaltensphänomen Fluktuation beeinflussen und das Sportprogramm an sich betreffen, werden in dieser Kategorie zusammengefasst. Selbstverständlich ist ein Bewegungsangebot in einer Kleingruppe in einem speziellen Kontext nicht jedermanns und jederfraus Sache. Jeder Mensch hat unterschiedliche Vorerfahrungen und Bedürfnisse und Wünsche. Viele Faktoren in einer Gruppe spielen zusammen und tragen zum Gruppenklima bei. Diese Kategorie soll alle Äußerungen der Teilnehmer(innen) sammeln, die diese Aspekte betreffen.

Ankerbeispiel:

Als ihm gesagt wurde zurzeit werde Basketball gespielt, schaute er skeptisch und sagte, dass er das nicht so gut könne. Er wurde beruhigt indem gesagt wurde, dass alle Sportarten von Grund auf gelernt werden. Für ihn schien das in Ordnung zu sein. (E_Bir_65:3)

Erleben der Posttraumatischen Belastungsstörung

Datenmaterial, welches dieser Kategorie zugeordnet wird, steht im Zusammenhang mit Barrieren, die sich durch die Traumatisierung und ihre Folgen ergeben. Die psychischen, physischen und sozialen Folgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung können sich sehr individuell äußern. Gemein haben sie jedoch, dass sie das Lebensglück beeinträchtigen und den Alltag erschweren. Das Überwinden und Bewältigen von inneren

und äußeren Barrieren zur regelmäßigen Sportteilnahme kann dadurch negativ beeinflusst sein.

Ankerbeispiel:

er scheint motiviert, aber sagt ganz klar dass wenn er in einer depressiven Phase ist, dann wird er nicht kommen. Da kann er nicht teilnehmen, auch wenn er will und weiß, dass es ihm guttun würde. Da kommt er nicht raus.
(E_Gol_39:5)

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zu Beginn die Ergebnisse der Auswertung der Anwesenheitsprotokolle dargestellt. Dem folgt das Ergebnis der qualitativen Untersuchung.

5.1 Klasseneinteilung nach dem Teilnahmeverhalten

Die Einteilung anhand der Teilnahmemuster hat ergeben, dass von 50 Teilnehmer(innen) drei Personen die Kriterien für die Klasse Dabeibleiber(in) erfüllt haben. 31 Personen wurden als Frühabbrecher(in) und zwei als Spätabbrecher(in) identifiziert. 14 Personen zeigen ein fluktuierendes Teilnahmeverhalten. In Tabelle 2 sind zudem die Häufigkeiten prozentuell angegeben, sowie die Geschlechterverteilung und die mittlere Anwesenheit.

Tabelle 3

Deskriptive Maßzahlen der Klassen

Klasse	Häufigkeit	mittlere Anwesenheit			
		Frauen	Männer	<i>M</i>	<i>SD</i>
DB	3 (6 %)	1 (5 %)	2 (7 %)	15.33	2.30
FA	31 (62 %)	11 (52 %)	20 (69 %)	2.32	1.54
SA	2 (4 %)	-	2 (7 %)	8	2.83
FK	14 (28 %)	9(43 %)	5 (17 %)	9.93	2.81
gesamt	50 (100 %)	21 (100 %)	29 (100 %)	5.38	4.75

Anmerkung. DB = Dabeibleiber(in); FA = Frühabbrecher(in); SA = Spätabbrecher(in); FK = Fluktuierer(in)

Die Gruppengröße variierte im beobachteten Interventionszeitraum zwischen zwei bis zu maximal 11 Personen in der Männergruppe und maximal 17 in der Frauengruppe. Durchschnittlich waren bei den Männern 4 Teilnehmer anwesend, bei den Frauen waren es durchschnittlich 6.

Um das Teilnahmeverhalten über den Zeitverlauf darzustellen, wurde die prozentuelle Gruppenanwesenheit je Klasse in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

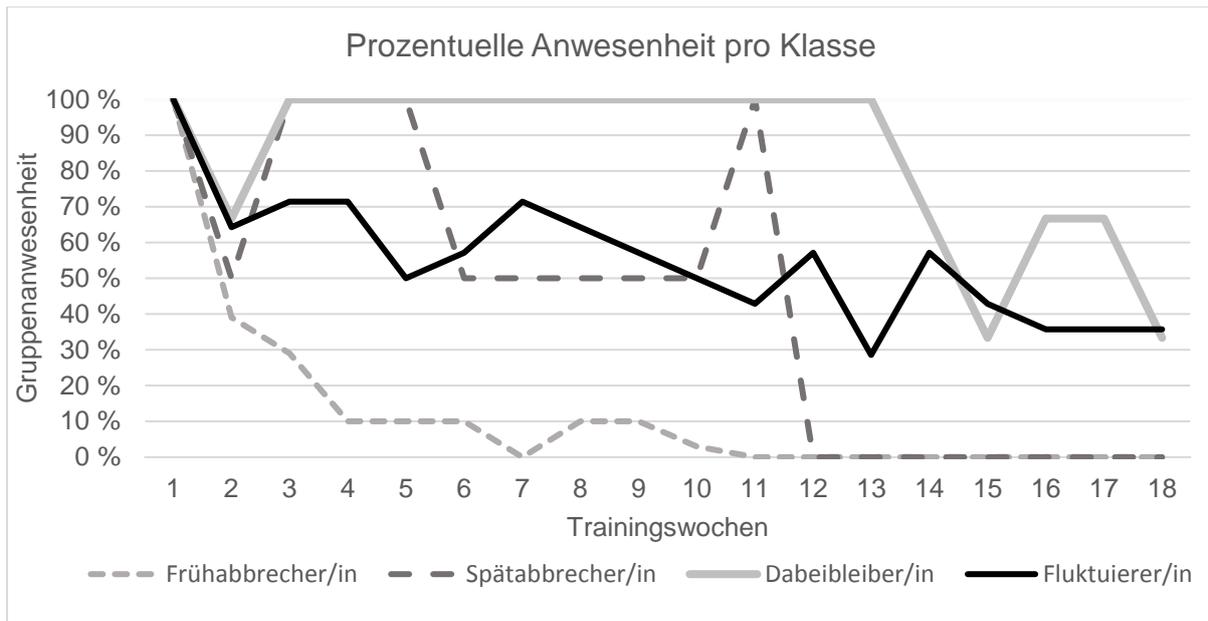


Abbildung 2. Illustration der Gruppenanwesenheit pro Trainingswoche

Die Kurve der Frühabbrecher(innen) sinkt erwartungsgemäß in den ersten Wochen stark ab. 18 der 31 Frühabbrecher(innen) kamen nur zu einem Termin. Aufgrund der geringen Anzahl bei den Spätabbrecher(innen) ist die Interpretation dieser Kurve nahezu bedeutungslos. Die Dabeibleiber(innen) haben nach der dreizehnten Trainingswoche einen deutlichen Einfall der Teilnahme mit einem Tiefpunkt in der 15. Trainingswoche. Auch bei den Fluktuierer(innen) nimmt die Anwesenheitsquote im Laufe der Zeit ab und pendelt in der zweiten Hälfte des Interventionszeitraumes um die 50 %.

5.2 Ergebnisse der qualitativen Forschung

Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde, ist das Phänomen der fluktuierenden Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ sehr verbreitet. Beinahe jede dritte Person zeigt ein stark unregelmäßiges Teilnahmeverhalten und lässt sich der Klasse Fluktuierer(in) zuordnen. In der vorliegenden Arbeit wurden die Schwierigkeiten und Barrieren, die einer regelmäßigen Teilnahme im Wege stehen und dieses fluktuierende Verhalten determinieren, mithilfe von qualitativen Leitfadeninterviews untersucht. Ziel dabei ist es, das Phänomen zu beleuchten und um sodann Erkenntnisse davon ableiten zu können. Nach Aufarbeitung der einschlägigen Literatur wurden für die qualitative Analyse in einem ersten Schritt vier Hauptgruppen gebildet. Diese sind **(1) Lebensumstände nach der Flucht, (2) Volitionale Komponenten, (3) Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ und (4) Erleben der Posttraumatischen Belastungsstörung**. Bei der Analyse der Daten wurden Untergruppen gebildet und das Textmaterial kodiert. Textstellen wurden den

Unterkategorien zugeordnet. Im Folgenden werden die einzelnen Untergruppen erläutert und mit Zitationen anschaulich gemacht. Abbildung 3 zeigt das vollständige Kategorienschema bestehend aus Hauptkategorien und den zugehörigen Unterkategorien.

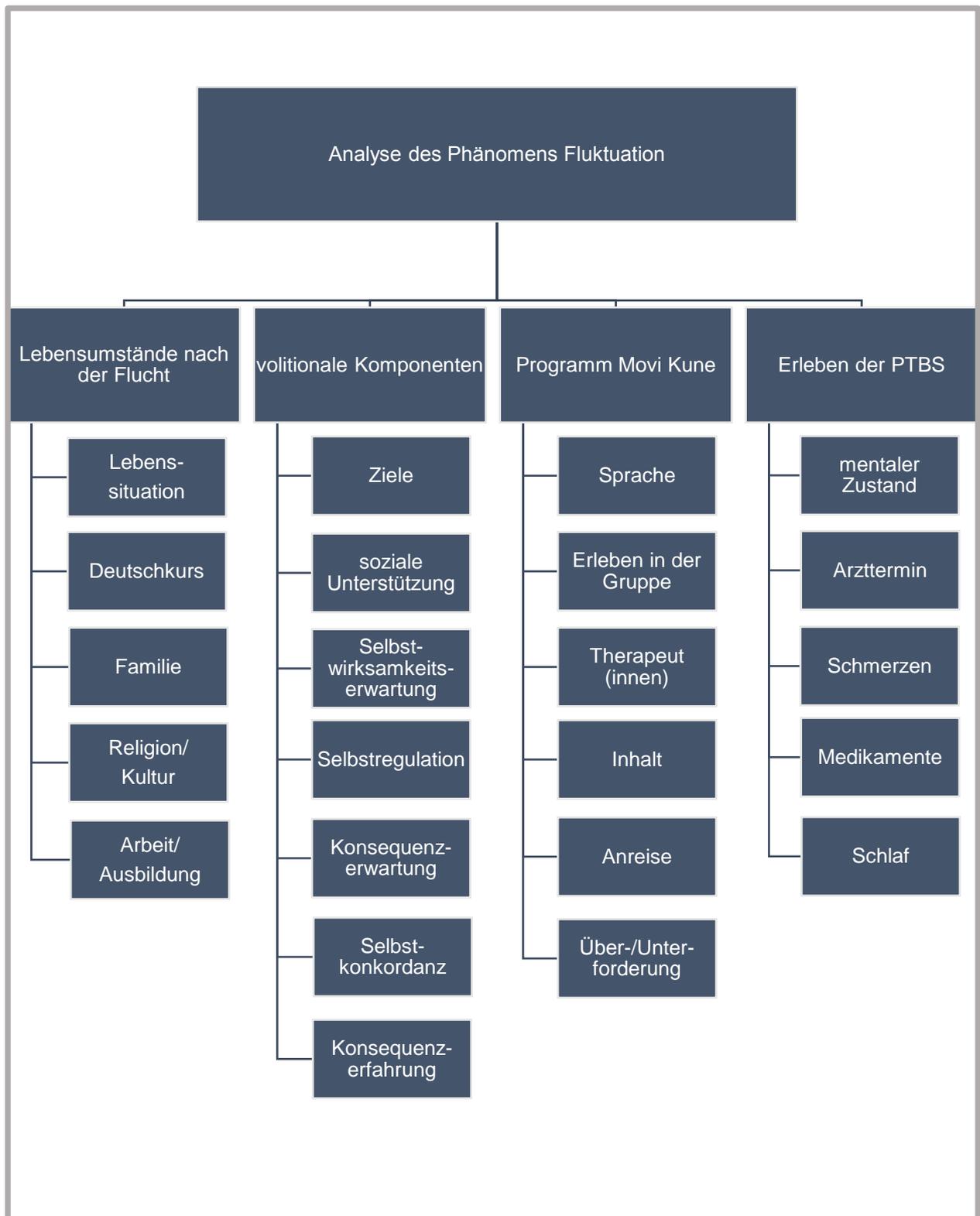


Abbildung 3. Kategorienschema bestehend aus Haupt- und Unterkategorien der Analyse von Barrieren am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“

5.2.1 Lebensumstände nach der Flucht

Lebenssituation

Versuche verzweifelt Familie nach Ö. zu bringen, sei bis jetzt unmöglich. Er habe subsidiären Schutz erhalten für ein Jahr. Sei bereits beim Roten Kreuz gewesen, um für Familienzusammenführung anzusuchen. Wohne zurzeit in einem Obdachlosenheim der Caritas in der Grangasse und sei sehr dankbar, dass er ein Dach über dem Kopf habe und zu essen bekomme. Es sei nicht immer einfach mit so vielen Menschen um sich, vor allem wo er doch so nervös sei und gestresst. Vermisse seine Familie sehr und mache sich riesen Sorgen um sie. Wolle gerne Deutsch lernen. Vielleicht als Friseur arbeiten, als Mechaniker habe er Angst etwas falsch zu machen, nicht mehr die nötige Konzentration zu haben, die es brauche. (E_Vo_54:12)

Fliehen aus den Krisengebieten bedeutet die Aufgabe des Lebens wie man es bisher gekannt hat. Familie, Freunde, Beruf, Kultur, Hab und Gut werden unfreiwillig zurückgelassen. Zwar ist im Zielland die unmittelbare Bedrohung durch Krieg vorerst beendet, die Bedrohung von Familie, Freunden und der eigenen Heimat jedoch nicht. Über soziale Medien und Nachrichten erschüttern auch noch lange nach der Flucht tragische Neuigkeiten die Seele immer wieder aufs Neue. Angst vor der nächsten schlimmen Katastrophe ist immer präsent: „*Er sagte, er habe immer Angst und weiß nicht warum. Er sei sehr traurig wegen seiner Familie, die noch in seiner Heimat lebt*“ (E_Gu_62:1; vgl. E_Vun_61:8).

Im Zielland sind die geflohenen Personen oftmals auf Hilfeleistungen von Staat und Hilfsorganisationen angewiesen: „*Er habe gerade eine Psychotherapie gestartet und wohne derzeit noch im Obdachlosenheim*“ (E_Vo_54:3).

Die Wohnsituation ist für viele herausfordernd. Massenquartiere und Flüchtlingsheime sind meist die erste Anlaufstelle zum Wohnen. Ziel ist es möglichst schnell eigenständig zu wohnen. Dies stellt eine große Hürde dar. Einerseits sind die finanziellen Mittel oftmals stark begrenzt und andererseits bleiben einem als Fremde gewisse lokale Netzwerke schwer zugänglich. Angewiesen auf die Güte und Großherzigkeit anderer, besteht jedoch auch die Gefahr Opfer von Betrüger(innen) zu werden. Aus Unwissenheit und mangelnder Alternativen besteht die Gefahr Mietbetrüger(innen) in die Falle zu gehen und unverhältnismäßig hohe Mieten zu bezahlen. Die Gier der Menschen nimmt auch hier keinen Halt und es wird Profit mit der Not der Geflohenen gemacht:

Allerdings hat er keinen Mietvertrag und hat das Gefühl er würde zu viel zahlen. Außerdem will sein Vermieter die Wohngemeinschaft auflösen. Herr Vau erzählte von seinen Sorgen, dass niemand Flüchtlinge, die noch keinen Job haben, aufnehmen wolle. Er bekomme aber im Moment auch keinen Job obwohl er danach sucht. (E_Vau_45:13)

Instabilität herrscht auf allen Ebenen: „[Die] Lebensbedingungen [sind] schwierig. In Wien sind er und 2 Freunde einem Wohnungshai auf den Leim gegangen, sie zahlen 1200,- ohne Mietvertrag und müssen bald ausziehen“ (E_Vau_45:17). Der Asyl- bzw. Flüchtlingsstatus gibt die erlaubte Dauer des Aufenthalts, sowie Ausbildungs- und Erwerbserlaubnis vor. In den ersten drei Monaten des Asylverfahrens darf in Österreich keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen werden. Nach Ablauf dieser drei Monate bis zum Ende des Verfahrens nur eingeschränkt. Langfristige Planungen und Ziele wackeln daher. Zukunftsängste sind ständige Wegbegleiter:

Er studiert an der Wirtschaftsuniversität Wien Wirtschaftswissenschaften und ist auch an der TU eingeschrieben. Er strebt an seinen Master in Wien zu machen. Allerdings habe er nur einen für ein Jahr befristeten Aufenthalt (Paragraph 8) bekommen. Walter empfahl ihm diesbezüglich so viel Deutsch wie möglich zu lernen, um den Beamten klar zu machen, dass sein Lebensmittelpunkt in Wien liegt und er so einen längeren/unbefristeten Aufenthalt genehmigt bekommt. (E_Zu_57:1; vgl. ZG_An_68:2)

Durch die eingeschränkte Partizipation am gesellschaftlichen Leben liegen viele Steine im Weg zur Integration. Soziale Isolation ist eine fatale und zerstörerische Folge von diesen widrigen Umständen: „Herr Bo sagte er habe nichts zu tun und kenne niemanden, so gehe er nicht raus“ (E_Bo_60:9).

Er nehme Beruhigungsmittel und Schlafmittel, wodurch ihm manchmal schwindelig werde. Aus dem psychologischen Erstgespräch (vor ca. 3 Monaten) ist bekannt, dass er durch die Sorgen um seine Familie in Bagdad rund um die Uhr unter Stress stehe und hier isoliert sei, sowie so gut wie nur im Bett liege. (E_Giz_66:3)

Er wollte nicht reden, selbst meine Angebote russisch zu reden (ich hab mit ihm seine Sporttasche geholt) hat er abgelehnt, sehr dysphorisch, er habe noch immer keine Entscheidung erhalten, nur die weiße Asylkarte, sei zum Nichtstun verdammt, sitze zu Hause nur rum, man sah, er mochte sich und seine Lebenssituation in dieser Beschreibung gerade gar nicht. (VP_Ba_67:37)

Die Sprachbarriere und die Folgen der Traumatisierung sind mögliche Gründe für das Zurückziehen. Obwohl die Personen vielleicht gerne mehr sozialen Kontakt hätten, finden sie keinen Anschluss. Dies hat schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit und das persönliche Wohlergehen:

Er ist sehr einsam, er hat keine Freunde, seine Familie ist in Rakka, er hat Angst um sie, einerseits wegen Daesh andererseits wegen den US-Bombardierungen. Er hat noch nie einer Frau die Hand gegeben. Er hat überhaupt ein riesiges Problem mit Berührungen. Er möchte eine Frau kennenlernen und fragt mich, wie das geht. (VP_Gol_67:65)

Obwohl die Lebenssituation für Flüchtlinge durch Schwierigkeiten geprägt und das Erlebte nur schwer zu verkraften ist, ist trotz allem die Erleichterung bei vielen groß. Der Lebenswille und die Hoffnung auf ein glückliches Leben sind nicht zu unterschätzen: „Als Vo das Gefängnis und Folter anspricht, atmet er tief durch schließt die Augen und fasst sich zwischen diese. Er wirkt sehr unruhig. Er sagt dann: „Jetzt bin ich hier; Its a good life! Its over!“ (E_Vo_54:7)

Unabhängig dieser besonderen Lebensumstände kommt noch die Geschäftigkeit unseres Zeitalters hinzu. Viele Verpflichtungen treffen im Alltag aufeinander und lassen sich nicht immer leicht miteinander vereinbaren. Die wohl gängigste Begründung etwas nicht zu tun: „Sie hat wenig Zeit“ (E_Nes_7:4; vgl. VP_Da_67:13). Eine weitverbreitete Aussage, akzeptiert aber in ihrer eigentlichen Bedeutung unzulässig, da man immer gleich viel Zeit hat. Was steht dahinter? Zumeist eine Frage der Prioritätensetzung. Oftmals bedeutet es vermutlich, dass andere Verpflichtungen größere Wichtigkeit haben und man sich in diesem Fall die Sportteilnahme hinten anreicht.

Deutschkurs

Eine dieser höher priorisierten Verpflichtungen könnte beispielsweise der Deutschkurs sein. „Herr Vau erzählte uns noch, dass er jeden Tag einen Sprachkurs besucht (Deutsch A1)“ (E_Vau_45:11).

Leider hat er zu unseren Terminen aufgrund seines Deutschkurses keine Zeit. Als er dies herausfand, schaute er sehr ernst und zu Boden. Es wurde ihm der Vorschlag gemacht, dass man ihn anrufe, wenn sein Deutschkurs zu Ende sei oder unsere Zeiten sich ändern. Daraufhin sagte er: Sicher! Das ist wichtig! (E_Za_63:5)

Die Wichtigkeit des Deutschlernens für eine erfolgreiche Integration, die Ausbildung beziehungsweise die berufliche Zukunft sind unumstritten. Der Deutschkurs

überschneidet sich bei vielen Teilnehmer(innen) mit den Bewegungseinheiten und wird häufig als Absagegrund genannt: *„Früher gehen muss Tre, er hat Deutschkurs. Er kommt aber sicher wieder beteuert er, es war lustig. Er ist sehr schüchtern“* (VP_Tre_67:41).

Selbst wenn sich der Deutschkurs nicht exakt zeitlich überschneidet, stellt er manchmal auch eine Barriere dar, wenn er vor oder nach der Bewegungseinheit stattfindet, da die Doppelbelastung als Stress empfunden wird und die mentalen und körperlichen Beschwerden der Teilnehmer(innen) nicht zu große Belastungen an einem Tag zulassen. Das Hin- und Herfahren mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wird oftmals als anstrengend wahrgenommen. In einer neuen Stadt, in der man sich – nicht zuletzt wegen der Sprache - schlecht orientieren kann, kann dies eine mühsame Herausforderung darstellen.

Das Bemühen trotzdem beide Termine zu vereinbaren ist in manchen Äußerungen deutlich sichtbar: *„Sie hat vorher immer Deutschkurs gehabt, sie hat aber versucht trotzdem immer zu kommen“* (N_Na_11:11; vgl. E_Za_63:2).

Sie sprach an, dass sich die Zeiten ihres Deutschkurses geändert haben und sie deshalb unpünktlich gewesen sei, sie äußerte auch den Wunsch ob man den Sport in Zukunft nicht später anfangen lassen könnte (N_Pau_9:5); *Leider überschneidet sich die Sportgruppe mit seinem Deutschkurs. Er fragte aber von sich aus, ob er einfach nur eine Stunde kommen dürfte, um dann früher zu gehen. Dies zeigt Eigeninitiative und seine Motivation am Programm teilzunehmen.* (E_Tre_64:4)

Im folgenden Zitat wird eine positive Nebenwirkung der Teilnahme am Sportprogramm sichtbar. Durch eine gute Vernetzung der Initiativen und Institutionen können den Flüchtlingen auf unterschiedlichen Ebenen gemeinsam geholfen werden: *„Er fragte auch nach einem Deutschkurs, für den er ein Plakat im Vorraum von Hemayat sah. Das Lob, er spreche schon gut Deutsch, wies er ab und er sagte, er spreche noch nicht gut Deutsch“* (E_Gu_62:10).

Familie

Familienzusammenführung bedeutet in Österreich, dass die Kernfamilie nachgeholt werden darf. Die Familienangehörigen benötigen ebenfalls einen Aufenthaltstitel, um länger als 6 Monate bleiben zu können. Die Familienzusammenführung ist im Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz 2005 und im Asylgesetz 2005 geregelt. Bis die Zusammenführung tatsächlich zur Realität wird, vergeht oft viel Zeit und der Weg bis dahin kann für alle Beteiligten sehr beschwerlich sein. Diese Situation, welche durch Ungewissheit geprägt ist, kann einen weiteren negativen Einflussfaktor auf die mentale

Gesundheit sowie die Bewältigung der Traumatisierung darstellen. Die Situation wird für die Betroffenen als große Belastung empfunden. Die große Entfernung zu den Familienmitgliedern, die Ungewissheit wann und ob man sie wieder sehen kann sind zermürend. Trauer über Zurückgelassene oder Verstorbene, das Gefühl von Machtlosigkeit und die vernichtende Angst um die Geliebten bestimmen die Gedanken. In diesem Strudel negativer Gedanken fällt es schwer sich für positive zukunftsweisende Gedanken zu öffnen.

aber sie spricht an, dass sie sehr viele Probleme hat (auch familiär; ihr Mann ist in Griechenland und wartet und ist krank (2,5 Jahre) und muss bald aus der Wohnung raus (N_Ce_12:2); Er war sechs Jahre im Gefängnis im Irak und wurde dort geschlagen und gefoltert. Er zeigt auf seinen Kopf, insbesondere an der rechten Seite am Kopf kann man Spuren der Folterung sehen. Er macht auch Zeichen dass seine Augen verbunden wurden. Dann erzählt er uns verzweifelt dass sein 5 Wochen altes Baby und sein Bruder erschossen wurde[n]. Er macht mehrmals das Erschießen vor und ist sichtlich mitgenommen. Er wiederholt dies mehrmals, steigert sich da hinein und fängt dann an zu weinen und ist sichtlich mitgenommen. Er fragt mehrmals warum, warum, mein 5 Wochen altes Baby! Seine Mutter und zwei Söhne sind noch nicht bei ihm. (E_Ak_42:3)

Die Teilnehmer(innen) haben nicht nur mit ihren eigenen Erlebnissen fertig zu werden, sondern befinden sich oft in einem sozialen Umfeld, in dem sie womöglich ebenso schwere psychische Belastungen aushalten müssen (E_Vel_53:3). Dies beeinflusst natürlich das eigene Erleben und stellt zusätzliche eine große Belastung im Alltag dar: „*Hr. Vel steht vor außergewöhnlich großen familiären Problemen, und ist deshalb unter starkem Druck*“ (E_Vel_53:12). „*Er sagte, er habe immer Angst und weiß nicht warum. Er sei sehr traurig wegen seiner Familie, die noch in seiner Heimat lebt*“ (E_Gu_62:1).

Zusätzlich zu diesen außergewöhnlichen Umständen kommen die allgemeinen Verpflichtungen, die mit der Erziehung von Kindern und der Pflege von Angehörigen einhergehen und die Zeit und Energie der Teilnehmer(innen) in Anspruch nehmen (N_Uni_10:12).

Wiederum bietet das Sportprogramm eine Auszeit von den täglichen Verpflichtungen zuhause. Zudem können die positiven Auswirkungen der Bewegungstherapie auch indirekt einen Einfluss auf die Familie haben: „*Ja, zu Hause weniger explosiv. Es gab Freude zu Hause und das spürten auch die Kinder*“ (N_Uni_10:9).

Die Familie kann natürlich auch einen großen unterstützenden Faktor darstellen. Die Teilnehmer(innen) wurden gelegentlich von Partner(innen) zur Therapie begleitet und abgeholt. In manchen Fällen nahmen Familienmitglieder ebenso am Bewegungsprogramm teil (E_Dir_41:1).

Religion und Kultur

Die Teilnehmer(innen) haben unterschiedliche Herkunftsländer und gehören unterschiedlichen Religionen und Kulturen an. Verglichen zu Westeuropa spielt in den Herkunftsländern die Religion einen sehr hohen Stellenwert und bestimmt bis zu einem gewissen Grad und abhängig von der persönlichen Einstellung den Alltag mehr oder weniger. Viele der Teilnehmer(innen) gehören dem Islam an, daher wird im Folgenden kurz speziell auf diese Weltreligion eingegangen. Sport und Bewegung haben in den unterschiedlichen muslimischen Glaubensrichtungen einen ganz unterschiedlichen Stellenwert. Man kann hier diesbezüglich keine pauschalen Aussagen treffen. In manchen Interpretationen des heiligen Korans wird Bewegung als religiöse Pflicht gesehen. Mohammed habe sogar die Empfehlung ausgesprochen, dass Frauen und Mädchen ebenfalls Reiten, Schwimmen und Bogenschießen sollen (Maier, 2012). Bewegung als Körperhygiene kommt allgemein der Aufforderung nach, seine Zeit aktiv mit Bewegung zu nutzen. Demgegenüber steht der Pol, bei dem Sport als Phänomen des Westens eher abgelehnt wird und Freizeit- und Leistungssport als Ablenkung von den religiösen Pflichten gesehen wird. Sport wird hier auch als Gefährdung der Jungfräulichkeit, die es zu bewahren gilt, aufgefasst. Im Jahr 2011 verkündete der Vizepräsident der Islamischen Glaubensgemeinschaft, Ahmet Hamidi, dass Bewegung und Sport für den weiblichen Organismus schlecht sei. Die beobachtende Psychotherapeutin vermutet gewisse Einschränkungen von Bewegungen aufgrund von religiösen Vorschriften. Beispielsweise machte sie die Beobachtung, dass afghanische Frauen Hemmungen zeigen, als sie von anderen Frauen zum Tanzen animiert wurden: *„[Es] werden nur die Schultern gezuckt. Tanzverbot durch Taliban“* (VP_alle_89:2).

Natürlich gibt es unendlich viele Abstufungen zwischen diesen zwei Polen. Jedes Individuum gibt Religiosität einen unterschiedlichen Stellenwert. Pflichten und Rituale werden also von dem einen mehr, von der anderen weniger gelebt und dadurch ist jede allgemeine Aussage über den religiösen oder kulturellen Stellenwert des Sportes mit Vorsicht zu genießen. Inwiefern also nun kulturelle Einflüsse und religiöse Einstellungen das Sporttreiben, hier die Sportteilnahme am Bewegungsprogramm, beeinflussen ist schwer zu sagen. Eine Erschwerung zur regelmäßigen Teilnahme stellt jedoch sicherlich der Ramadan dar. Der Fastenmonat der Muslime ist im neunten Monat des islamischen

Mondkalenders. Das Fasten ist eine Form des Gottesdienstes, eine der Hauptpflichten, die ein(e) Muslim(in) um Gottes Willen durchführt. Im Fastenmonat Ramadan soll demnach von Morgengrauen bis Sonnenuntergang nicht gegessen und nicht getrunken werden. Besonders in diesem Monat sollen sich die Gläubigen bewusst von Sünden freihalten, nichts Schlechtes reden, anschauen oder tun. Der Mensch sei demnach allein abhängig von Gott und man wendet sich vorübergehend von weltliche Gewohnheiten, die nicht unbedingt benötigt werden, ab. Selbstbeherrschung und das in den Mittelpunkt rücken des Wesentlichen sind Motive sich dieser unbequemen Pflicht hinzugeben. Das in dieser Phase des Jahres Sport und Bewegung einen niedrigeren Stellenwert einnehmen, ist nachvollziehbar. Abgesehen davon ist der physiologische Aspekt hierbei nicht unwesentlich. Der Organismus ist energetisch unterversorgt und es kostet größere Überwindung sich für körperliche Betätigung aufzuraffen. Besonders an heißen Tagen ist die Dehydrierung eine große Belastung und zu anstrengende Betätigungen können unter Umständen eine Gefährdung für die Gesundheit darstellen. Nichtsdestotrotz versuchen einige Teilnehmer(innen) diese zwei Interessen zu vereinbaren und kommen auch im Fastenmonat zum Bewegungsprogramm. *„Es ist noch darauf hinzuweisen, dass er während des Ramadans fastet, trotzdem möchte er mitmachen“* (E_Vel_53:9).

Salāt ist der Ausdruck für das rituelle Gebet im Islam. Es stellt die oberste Pflicht für alle Muslime dar. Bis zu fünf beziehungsweise siebenmal am Tag soll gebetet werden. Dafür gibt es Zeitfenster. Der günstigste Zeitpunkt ist jedoch der Beginn dieser Zeitfenster: *„Gol geht während des Turnens beten(!), was mich persönlich irritiert, weil das kann er doch vorher oder nachher genauso“* (VP_Gol_67:48; vgl. VP_Gol_67:52).

Das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Kulturen in einer Sportgruppe kann ein Konfliktpotential darstellen. Andere Länder, andere Sitten. Vorurteile gegenüber anderen Kulturen können das Miteinander erschweren. Teilweise sind diese mehr oder weniger bewusst von historischen oder politischen Geschehnissen geprägt. Unabhängig von subjektiven Erlebnissen und der Besonderheit der Zielgruppe, kann es beispielsweise kulturell geprägt sein, wie die physische Distanz zu den anderen Teilnehmer(innen) eingehalten wird. Was als angenehm, zu nahe, zu distanziert, zu aufdringlich, zu zurückhaltend empfunden wird, kann durch kulturspezifische Sozialisierung bestimmt sein. So kann man gewisse Handlungen als unhöflich oder höchst unangenehm empfinden, was der oder dem Nächste(n) nicht einmal auffällt. Nichtsdestotrotz wird dieses interkulturelle Aufeinandertreffen auch als positiv bewertet. Kultureller Differenzen stehen einem Gemeinschaftsgefühl nicht im Wege (vgl. 5.2.4. Bewegungsprogramm

„Movi Kune – gemeinsam Bewegen“ - Erleben in der Gruppe): „Die Gruppe war gut, es war egal woher die Teilnehmerinnen kamen, es sind alles Frauen“ (N_Na_11:4).

Einige der Frauen tragen im Alltag Kopftuch. Ob das Kopftuch zum Sporttreiben abgenommen wird, ist unterschiedlich. Manchmal passiert es auch, dass eine Frau erst im Verlauf der Intervention das Kopftuch irgendwann abnimmt oder es an gewissen Tagen auf- und an anderen Tagen abnimmt. Das Kopftuch war während des gesamten Beobachtungszeitraumes ein immer wiederkehrendes Thema. Manchmal sprechen die Frauen selbst abfällig darüber (VP_alle_81:1). Es scheint mit dem Sicherheitsgefühl verbunden zu sein, ob die Frauen das Kopftuch weglassen. Es wurde beobachtet, dass es als unangenehm erlebt wurde, wenn die Frauen ohne Kopftuch unabsichtlich Männern begegneten:

Überraschend kommen Frau Nol und Frau Na bereits umgezogen in die Halle. Die neuen Räumlichkeiten strahlen eine gewisse Sicherheit bei den Frauen aus. Sie bewegen sich freier und das teils auch ohne Kopfbedeckung. Frau Nol schüttelt Frau Uni bei der Begrüßung die Hand. Frau Na war im anderen Zimmer, dort waren Männer, [sie] lächelt verschämt. (VP_Nol_Na_Uni_73:2)

Der Austausch in der Gruppe bietet die Möglichkeit über andere Religionen zu lernen und gemeinsam zu reflektieren:

Religion und Fasten. Auslöser [war der] Fasching bzw. [die] verkleidete Tochter von Frau Pes. [Die] Frauen sind informiert, dass die Fastenzeit beginnt. [Sie] wollen wissen, wie es bei uns aussieht. [Sie] wirken erstaunt, das die Fastenzeit 40 Tage dauert. So lange? [Wir] unterhalten uns über die gemeinsamen Werte der Weltreligionen. Conclusio: wenig bis keine Unterschiede. Wenn man das von einander wissen würde, gäbe es vielleicht weniger Krieg? (VP_alle_89:1)

Arbeit und Ausbildung

Dass für Berufstätige und Studierende die Arbeit und Ausbildung gegenüber anderen Interessen Vorrang hat, ist wenig überraschend. Diese Verpflichtungen mit den Bewegungsprogrammen zu vereinbaren stellt für viele eine Herausforderung dar: „Zeitlich ein Problem, da er auch eine Ausbildung macht. Er bekommt morgen Bescheid wie sein Plan aussehen wird und sagt uns dann Bescheid“ (E_Gol_39:9; vgl. E_Gol_39:11; vgl. E_Zu_57:1; vgl. E_Vun_61:7). Auf die Frage, ob eine regelmäßige Teilnahme möglich sei, antwortet Frau Wu mit: „Ja, wenn keine Arbeit“ (E_Wu_5:2; vgl. N_Lom_7:4). Dass Verpflichtungen wie Arbeit und Ausbildung gegenüber Sport Vorrang hat, ist wohl in der

Normalbevölkerung ebenso sehr gängig. Besonders in diesem Zusammenhang ist jedoch wieder die Instabilität, mit der die Betroffenen konfrontiert sind, zu betonen. Die Ungewissheit über die Dauer des Aufenthaltes beeinflusst das Arbeits- beziehungsweise das Ausbildungsverhältnis. Die gesellschaftliche Werteentwicklung bezüglich Fremden ist durch Angst und Ablehnung gekennzeichnet. Dies macht die Situation für arbeitssuchende Flüchtlinge schwierig. Befürchtungen erst gar keinen Job zu finden oder den aktuellen zu verlieren, der Mangel an Perspektiven und Alternativen und die ständige Ungewissheit über die Zukunft treiben die Betroffenen auch dazu unwürdige Arbeitsbedingungen in Kauf zu nehmen.

Herr Vau Hussein erzählte von seinen Sorgen, dass niemand Flüchtlinge, die noch keinen Job haben, aufnehmen wolle. Er bekomme aber im Moment auch keinen Job obwohl er danach sucht. (E_Vau_45:21)

Eine nicht erfolgreiche Arbeitssuche stellt psychisch auf vielen Ebenen eine Belastung dar.

5.2.2 Volitionale Komponenten

In diesem Kapitel werden die Äußerungen zu den im Theoriekapitel thematisierten volitionalen Faktoren dargestellt.

Ziele

Die Bedeutung einer möglichst konkreten Zielsetzung ist in der Sportpsychologie unumstritten. Die Ziele der Teilnehmer(innen) sind vielfältig. Wenige nennen das Sporttreiben als Ziel, weil sie Sport als in sich belohnend sehen: „*Za liebt auch das Spiel*“ (VP_Za_67:67). „*Durch Krafttraining fehle ihm ein bisschen Sensibilität und Flexibilität. Das Programm wird ihm da guttun*“ (E_Atu_40:8). Für die meisten stehen andere Zielsetzungen und Anreize dahinter. Die Absicht, durch das Sporttreiben gesundheitliche Beschwerden in Angriff zu nehmen, wird häufig genannt. Die Teilnehmer(innen) wollen körperliche und psychische Symptome lindern und dadurch ihr Wohlbefinden steigern. Ziele können sein: „*Dass Kopfschmerzen besser werden und die Schmerzen allgemein weniger werden*“ (N_Wi_6:7); „*[sich] besser fühlen (Kopf & Körper)*“ (E_Wi_2:2); „*sich psychisch besser fühlen*“ (N_Cuf_8:12; vgl. N_Uni_10:10; E_Vau_45:7); „*Es ist ihr Wunsch ihre Schmerzen weg zu bekommen*“ (N_Na_11:12). „*Weniger Stress*“ (N_Nes_7:6).

Die Körpergewichtsreduktion stellt für viele Teilnehmer(innen) das Ziel der Teilnahme dar: „*Seine Erwartungen und Ziele bezüglich des Sportes sind in erster Linie [das] Abnehmen. Er wiegt zurzeit 95 Kilo und sagte auf Nachfrage, dass er diesbezüglich auch Geduld habe,*

abzunehmen“ (E_Bo_60:3); „Möchte abnehmen“ (E_Atu_40:4); „Er ist übergewichtig und will abnehmen. Bauch wegbekommen“ (E_Ak_42:2; vgl. VP_Ak_67:2).

Das Ziel sich durch den Sport von Alltagsorgen und immer wiederkehrenden Gedanken abzulenken bildet für manche das Motiv am Programm teilzunehmen: „Ablenken von Problemen“ (E_Atu_40:2); „Seine Erwartungen sind beschäftigt zu sein und sich ablenken zu können“ (E_Vun_61:2). „dass der Sport dazu da sei, 1,5 Stunden frei von der Trauer zu sein“ (E_Gu_62:6). „Bezüglich der Erwartungen zur Sportgruppe sagte er, der Sport würde gut tun. Da seine Gedanken ständig kreisen, erhoffe er sich vom Sport davon frei zu sein. Er sagte: „Der Sport ist ein Medikament für den Körper“ (E_Giz_66:2).

Für einige Teilnehmer(innen) ist die Möglichkeit durch Sport und Bewegung die Medikamente reduzieren zu können, ein großer Anreiz. Die Nebenwirkungen der Medikamente erschweren für viele Betroffene das gesamte Erleben und beeinträchtigen das Leben im Alltag in mancher Hinsicht schwer. Die Intention diese zu reduzieren kann daher ein wesentliches Motiv zur regelmäßigen Teilnahme darstellen.

Seine Erwartungen an den Sport sind seine Medizin zu reduzieren. Er spricht das oft an und sagt er müsse dann mit seinem Psychiater reden, damit er ihn besser einstellen kann. ‚I dont want to depend on the medication´ Dieser hat ihm auch zu Sport geraten. Auch sagte er: ‚I want to change the habit of my life. It will change my situation. It’s killing the time of course. It’s very important to meet people.‘ (E_Pi_58:2; vgl. E_Gu_62:6)

Manche formulierten auch die Absicht durch die Teilnahme andere gesundheitliche Beschwerden zu reduzieren oder im Allgemeinen die Fitness und Gesundheit zu verbessern:

„Cholesterin & Blutdruck senken und gesund werden; keine Zuckerkrankheit mehr haben“ (N_Ce_12:8); „Er macht Sport vor allem, weil er sich positive Effekte auf seine Gesundheit erhofft, nicht so sehr, weil es ihm Spaß macht“ (E_Vel_53:7; vgl. E_Vo_54:5).

Für Herrn Tre ist es das Ziel mehr Erfahrungen mit seinem Körper zu sammeln und ein Gespür für sein Herzklopfen zu entwickeln:

Auf die Frage welche Erwartungen er an den Sport habe sagte er, nachdem ihm gesagt wurde, dass man durch den Sport die Erfahrung macht, dass man sein Herz gewollt schneller schlagen lassen kann und, dass dies so gewollt ist. `Ich will das ausprobieren. Was Sport mit dem Körper macht. Ich wünsche mir, dass mein Herz nicht mehr vor Angst so schnell schlägt und, dass ich

wieder Fußball spiele'. Die Frage, ob er da anknüpfen wolle, wo er aufgehört habe, bejahte er. (E_Tre_64:3)

Die Absicht regelmäßig am Sportprogramm teilzunehmen, um in Gesellschaft zu sein, der eigenen Isoliertheit entgegen zu wirken und sich austauschen zu können, wurde ebenso mehrmals genannt (N_Pau_9:16; E_Za_63:10).

Neben dem Sporttreiben hat Herr Atu auch das Ziel genannt dabei sein Deutsch zu verbessern (E_Atu_40:1). Das Sportprogramm bietet die Gelegenheit Deutsch in einer natürlichen Situation zu hören und zu sprechen.

Das allgemeine Interesse am Programm wurde von vielen angesprochen, die explizite Absichtsbekundung regelmäßig zu kommen jedoch nur von einigen wenigen.

Er zeigte deutliches Interesse an dem Programm und sprach sehr offen über sich selbst, seine Vorstellungen und seine Probleme (E_Vau_45:3); Er sagt, dass Sport ihm bei seinen Problemen helfe. Seine Beschwerden hätten sich auch schon gebessert, vor allem seine Bauchschmerzen hätten sich deutlich verringert. Er zeigte sich sehr interessiert als ich ihm von dem Programm erzählte (E_Vau_45:9); Da wir ihm seine Bedenken hinsichtlich seines Alters nehmen konnten, willigte er ein regelmäßig am Programm teilzunehmen. (E_Vel_53:8)

Die Intention nach dem Bewegungsprogramm selbstständig weiter zu trainieren wird von einigen angesprochen: „Ja, sie will im Sommer weiter üben“ (N_Na_11:12); „Immer am Vormittag, außer bei Rückenschmerzen“ (N_Cuf_8:8; N_Wi_6:14).

Selbstkonkordanz

Im Folgenden wird die Qualität des Zieles der Teilnehmer(innen) thematisiert. Je höher das Ziel den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entspricht und je höher die Intention aufgrund eigener Motivation auf der Basis von Autonomie und Freiwilligkeit gebildet wird, desto wahrscheinlicher ist mit einer regelmäßigen Teilnahme am Bewegungsprogramm zu rechnen.

Die folgende Einschätzung zeigt eine typisch extrinsische Motivation ein Ziel zu verfolgen: „Herr Til will eigentlich nur eine Bestätigung, dass er da war. Er braucht auch eine Bestätigung für die FSW Monatsmarke. Ich sage dies zu ab nächster Woche“ (VP_Til_67:54).

Auch die folgende Beobachtung beschreibt eine Motivation, die von außen stark bestimmt zu sein scheint. Diese wird in der Psychologie als introjiziert bezeichnet:

Herr Da, treffe ich bei [der] U-bahn, ich glaube er kommt nur, weil seine Therapeutin (Edita) ihn dazu verdonnert hat. Er erwähnt mindestens dreimal während des Turnens, dass er einen langen Tag gehabt habe und der Sport schon sein dritter Termin heute sei. (VP_Da_67:14)

Eine Teilnehmerin spricht zu Beginn der Einheit an, dass sie gekommen sei, um die Psychotherapeutin nicht zu enttäuschen (VP_Ca_82:2). Eine andere kommt, um ihrem Ehemann einen Gefallen zu tun (VP_Dof_81:4), wieder eine andere weil es ihr Sohn für wichtig hält (VP_Ce_82:1).

Folgende Aussage lässt eine identifizierte Motivation vermuten. Dabei wird der Sport als Mittel zum Zweck instrumentalisiert. Das dahinterstehende Ziel (hier Gesundheit) kann jedoch trotzdem sehr stark den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen und für nachhaltiges Engagement sorgen: *„Er macht Sport vor allem, weil er sich positive Effekte auf seine Gesundheit erhofft, nicht so sehr, weil es ihm Spaß macht. Er sieht darin auch ein Mittel gegen seine Monotonie im Alltag“ (E_Vel_53:7; vgl. E_Bo_60:3).*

Viele Personen dieser Zielgruppe sind selbstverständlich in diesem Bewegungsprogramm, weil sie ihre Gesundheit verbessern möchten. Nichtsdestotrotz kann das Ziel gesund zu werden beziehungsweise zu bleiben und folglich, die Intensität der Bestrebungen am Programm regelmäßig teilzunehmen mit unterschiedlich hoher Selbstkonkordanz gebildet werden:

sie hat hohen Blutdruck; ihr Arzt hat gesagt Sport ist gut fürs Cholesterin und die Medikamente; sie hat auch Schwindel, hier sagt der Arzt auch das Sport gut ist, aber langsam (sie war 3 Tage im Spital nach einem Sturz aufgrund ihres Schwindels). (N_Ce_12:6)

Auch die folgende Beobachtung gibt etwas über die Qualität der Motivation am Programm teilzunehmen preis. Es kann vermutet werden, dass das Ziel dieser Person mit einer hohen Selbstkonkordanz gebildet wurde:

Leider überschneidet sich die Sportgruppe mit seinem Deutschkurs. Er fragte aber von sich aus, ob er einfach nur eine Stunde kommen dürfte, um dann früher zu gehen. Dies zeigt Eigeninitiative und seine Motivation am Programm teilzunehmen. (E_Tre_64:4)

Ähnlich reagiert auch diese Frau, als sich eine Terminkollision mit dem Deutschkurs ergibt:

Sie sprach an, dass sich die Zeiten ihres Deutschkurses geändert haben und sie deshalb unpünktlich gewesen sei, sie äußerte auch den Wunsch ob man

den Sport in Zukunft nicht später anfangen lassen könnte. (N_Pau_9:5; vgl. E_Za_63:8)

Soziale Unterstützung

Wird soziale Unterstützung erlebt, zählt sie zu einem wichtigen Förderfaktor, um das beabsichtigte Verhalten umzusetzen. Wie erleben die Teilnehmer(innen) soziale Unterstützung? Von wem erleben sie diese?

In erster Linie spielt das Wohlbefinden in der Trainingsgruppe eine Rolle. Die positiven Erfahrungen und Beziehungen zu anderen Teilnehmer(innen) und Trainer(innen) können einen wesentlichen Einflussfaktor darstellen. Äußerungen diesbezüglich: *„Wenn ich euch sehe, ist es wie Familie“* (N_Pau_9:11); *„Liebevoller Menschen“* (N_Cuf_8:1); *„nette Trainerinnen“* (N_Cuf_9:2); *„nette Gruppe“* (N_Pau_9:1); *„Sie hat Menschen kennengelernt und das hat ihr gut getan“* (N_Pau_9:4; vgl. N_Uni_10:2; N_Uni_10:8; VP_alle_67:31); *„Ela strahlt und hat Humor, bringt sich in die Gruppe ein. Beim Umziehen bedankt er sich persönlich, er habe heute einen neuen Freund gefunden“* (VP_Gol_67:42); *„Giz will mit Bir in einer Gruppe spielen. Die mögen sich. Giz treibt ziemlich an“* (VP_Giz/Bir_67:47).

Das Sporttreiben in der Gruppe kann Grund dafür sein sich überhaupt zu bewegen, da oft das selbstständige Sporttreiben als mühsamer empfunden wird und für viele der Betroffenen das Alleinsein an sich als schwierig gesehen wird:

Früher betrieb er lange Zeit Ringen. Seine Erwartungen an den Sport seien: `Es kann gut tun. Meine Psyche ist nicht in der Lage alleine Sport zu treiben`. Auf Nachfrage sagt er, die Gruppe könne das (seine Motivation) aufrecht halten. (E_Zir_46:5)

Soziale Unterstützung kann auch im Umgang mit schwierigen Situationen stattfinden. In folgender Situation beobachtet Herr An Herrn Gu wie dieser mit herausfordernden Emotionen umgeht:

Herr An, ist währenddessen auch aus dem Turnsaal gekommen, das schon beobachtete Dekompensationsschema beginnt. Er läuft unruhig herum, dabei tief atmend und sich an Hals und Brust fassend. Er massiert sich den Brustkorb, alles tut weh, er bekommt keine Luft, Er verdreht die Augen, schüttelt den Kopf, rauft sich die Haare, eilt auf Klo, übergießt sich mit Wasser, dann kommt er wieder, folgt meiner Einladung sich zu setzen. Er nickt es geht schon. Dann bitte ich Herrn Gu Herrn An zu zeigen, was ihm jetzt geholfen hat. Ich fordere An mehrmals auf, hinzusehen, aufzupassen

und wiederhole die Anweisungen deutlich. Es gelingt An sich auf Gu zu konzentrieren und er macht mit und innerhalb einer Minute ist der ganze Schrecken vorbei und An stabilisiert sich. (VP_An_67:44)

Herr Vun holt sich soziale Unterstützung, indem er das Angebot des Therapeuten annimmt: *„Er möchte per SMS an den Sport erinnert werden. Er vergesse oft Dinge“ (E_Vun_61:5).*

Wenn Freunde und Familienmitglieder ebenso Teil der Trainingsgruppe sind, können diese ein wesentlicher Förderfaktor sein: *„Er habe außerdem einen Freund, der schon am Sportprogramm teilnehme. Er habe ihm schon viel vom Ablauf erzählt“ (E_Til_56:5).*

Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die SWE spiegelt sich in folgenden Aussagen der Teilnehmer(innen):

„Sie war müde, hat die Übungen aber trotzdem geschafft“ (N_Lom_7:1). Es ist die Erfahrung der eigenen Kompetenz gegen Widerstände ankämpfen zu können. Diese Teilnehmerin schätzt ihre eigenen Kompetenzen hoch genug ein, um den Anforderungen gerecht zu werden *„Gefühl, dass es nicht schwer war. Kann man alleine machen“ (N_Uni_10:1; vgl. E_Bo_60:10).* Die Teilnehmer(innen) machten die Erfahrung, dass sie durch gewisse Methoden selbst ein Werkzeug in die Hand bekommen, mit dem sie Schwierigkeiten meistern können: *„Gute Übungen gegen Rückenschmerzen“ (N_Pau_9:3).* Somit fühlen sie sich Umständen weniger ausgeliefert, sondern nehmen ihren Einfluss darauf wahr und können ihre Kompetenzen zur Bewältigung nützen.

„Während des Gesprächs gewinnt man zusehends den Eindruck, dass Herr AL Husein sich sehr viel über seine Probleme informiert. Er sei bereit alles zu machen damit es ihm besser gehe“ (E_Vau_45:7); „Sport bedeutet für ihn Ablenkung, dann empfindet er keine Unruhe und keine Angst, wenn er seinen Körper spürt“ (E_Vau_45:19). Selbst zu wissen, was man zur Linderung von Symptomen unternehmen kann, gibt Sicherheit und Zuversicht: *„Er erzählt auch, dass er viel laufe. `Wenn ich Sport mache, schlafe ich gut`. Er wird dann müde und relaxed. Die Dusche nach dem Sport tue auch sehr gut“ (E_Vo_54:4; vgl. E_Vo_54:6; E_Pi_58:4).*

Eine niedrige SWE bedeutet Zweifel an den eigenen Fähigkeiten Handlungen erfolgreich zu bewältigen: *„Trauen Sie sich zu an diesem Programm regelmäßig teilzunehmen? Nein“ (E_Dif_3:3).*

Durch das Bewegungsprogramm können positive Erfahrungen gesammelt werden, die auch in den Alltag mitgenommen werden können: *„Am Anfang war es sehr schwierig, nach drei Wochen hat sie schon viel gelernt; sie möchte wieder Fahrrad fahren“ (N_Ce_12:3);*

„Sie macht zu Hause weiter mit den Therabandübungen und möchte sich Gewichte kaufen“ (N_Ce_12:10).

Vergangene, bereits erlebte Bewältigungen lassen die SWE steigen und können später als Ressource für neue Herausforderungen dienen:

Boxing I was number one in Irak“ (er wiederholt dies mehrmals). Auch Tennis und Schwimmen habe er früher in Irak gemacht (E_Ak_42:1); Früher habe er Sport getrieben. Vor allem Schwimmen gefiel ihm sehr. Er sagte er sei nachts von der Türkei nach Griechenland geschwommen. Er musste es 4x probieren bis er es schaffte. Er sagte, er habe 3 Stunden dafür gebraucht. Dies zeigt seine Willenskraft und auch großes sportliches Potenzial. Zurzeit treibe er keinen Sport mehr. (E_Gu_62:4)

Dieser Teilnehmer möchte sich Kompetenzen aneignen, um einen besseren Umgang mit seinen Symptomen zu finden:

Auf die Frage welche Erwartungen er an den Sport habe, sagte er, nachdem ihm gesagt wurde, dass man durch den Sport die Erfahrung macht, dass man sein Herz gewollt schneller schlagen lassen kann und, dass dies so gewollt ist. 'Ich will das ausprobieren. Was Sport mit dem Körper macht. Ich wünsche mir, dass mein Herz nicht mehr vor Angst so schnell schlägt und, dass ich wieder Fußball spiele.' Die Frage, ob er da anknüpfen wolle, wo er aufgehört habe, bejahte er. (E_Tre_64:3)

Erfolgserlebnisse beim Sport stärken den Glauben an die eigenen Fähigkeiten: „Gu hat ein Talent für Basketball, das erstaunt ihn sehr und macht ihm Spaß. Er schwitzt sehr stark“ (VP_Gu_67:24; vgl. VP_alle_67:29; VP_Bir_67:33).

Während der Einheit ist er sehr konzentriert und aufmerksam. [Er] macht alles richtig und hat auch Vergnügen am Spiel. Laufen ein Problem: er klagt über Schmerzen in der linken Körperhälfte (Hüfte, Bein; weiß nicht, ob das von den Muskeln oder Knochen ausgehe) Beim Spiel ist er sehr gut, treffsicher, landet ein Paar Körbe. (VP_Da_67:15, vgl. VP_An_67:20; VP_alle_67:31)

Selbstregulation

In diesem Abschnitt werden die Aussagen der Teilnehmer(innen) sowie Beobachtungen der Trainer(innen) bezüglich der Verhaltensdeterminante Selbstregulation dargelegt. Die Selbstregulation ist für die Umsetzung eines Zieles wichtig, um Hindernisse, die dem Ziel entgegenstehen, überwinden zu können.

Die Fähigkeit sich und sein Verhalten selbst zu beobachten, ist die Voraussetzung, um auf einer bewussten Ebene den inneren Widerständen den Kampf anzusagen: „*sie war müde, hat die Übungen aber trotzdem geschafft*“ (N_Nes_7:1).

Viele Teilnehmer(innen) berichteten über physische Schmerzen, die es zu überwinden gilt: „*Freude beim Volleyball trotz Schmerz*“ (N_Cuf_8:5). Ein Gefühl dafür, wieviel Belastung mit der persönlichen, körperlichen Einschränkung trotzdem gut tut, kann in diesem Rahmen gewonnen werden (N_Na_11:7).

Auf die Selbstbeobachtung folgt die Selbstbewertung. Frau Pau bewertet sich selbst als faul und dick (N_Pau_9:9). Sie beobachtet selbst, dass es ihr schwer falle, sich zuhause alleine zu Bewegung zu motivieren und dass es ihr in der Gruppe leichter falle (N_Pau_9:13). Eigene Strategien für die Überwindung seiner individuellen Hürden sind notwendig, um regelmäßig das gewünschte Verhalten auszuführen: „*Es kann gut tun. Meine Psyche ist nicht in der Lage alleine Sport zu treiben. Auf Nachfrage sagt er, die Gruppe könne das (seine Motivation) aufrecht halten*“ (E_Zir_46:5).

Wird das eigene Verhalten beobachtet und als positiv bewertet, kann dies zur Aufrechterhaltung beitragen:

Sport bedeutet für ihn Ablenkung, dann empfindet er keine Unruhe und keine Angst, wenn er seinen Körper spürt (E_Vau_45:19); *Seine sportlichen Vorerfahrungen liegen im Fußball und Selbstverteidigung. Seine Erwartungen sind beschäftigt zu sein und sich ablenken zu können. Wenn er merke, dass eine Katastrophe komme, gehe er Tischkicker spielen in einem Lokal. Das helfe ihm sehr. Er sei nun Stammgast in diesem Lokal und müsse nicht mal mehr für das Spielen bezahlen. Er habe sich auch sehr in diesem Spiel verbessert* (E_Vun_61:2).

Durch eigene Belohnungs- und Bestrafungssysteme wird das Verhalten verstärkt: „*Er wird dann müde und relaxed. Die Dusche nach dem Sport tue auch sehr gut*“ (E_Vo_54:18).

Herr Zir erkennt seine eigene Verwirrtheit und bewertet diese als nicht normal. Um trotzdem rechtzeitig zum Bewegungsprogramm kommen zu können, fährt er den Weg zum Treffpunkt am Vortag seiner ersten Einheit ab, um sich den Weg in Ruhe anschauen zu können. Diese Strategie spricht für eine große Motivation seine eigenen, selbstbeobachteten Hindernisse zu überwinden (E_Zir_46:9).

In diesem Zusammenhang wird erneut deutlich, dass einige Teilnehmerinnen den Sport als Möglichkeit sehen, sich von ihren Problemen und Gedankenkreisen abzulenken.

Teilnehmer(innen) berichten wie sie während des Sporttreibens die negativen Gedankenspiralen unterbrechen und Gefühle dadurch reguliert werden können:

I tried swimming, but then emotions come up, but if I continue then it is getting okay. [Er hat] anfängliche Schwierigkeiten beim Start. (E_Gol_39:3); Bei der Bauchübung letztes Drittel hat er einen zirka einminütigen dissoziativen Zustand. Er liegt am Rücken, reagiert zuerst nicht auf Ansprache, ist dem Weinen nahe, als er sagen kann, I´m thinking on my little girl. Später nochmal bei Rückenübung, aber weniger ausgeprägt, er beherrscht sich. (VP_Ak_67:4)

Konsequenzerwartung

Die Teilnehmer(innen) haben sowohl positive als auch negative Erwartungen bezüglich der Folgen, die aus einer Teilnahme am Bewegungsprogramm resultieren.

Positive, körperliche Erwartungen wie die Reduktion von Schmerzen, die Reduktion von Körpergewicht, die Reduktion von Medikamenten sowie ein erhöhtes Wohlfühl mit dem eigenen Körper wurden von den Teilnehmer(innen) genannt. Das Ablenken von Sorgen und die Unterbrechung von Gedankenkreisen sind ebenso Erwartungen als Konsequenz der Teilnahme am Bewegungsprogramm (E_Vau_45:9; vgl. E_Vel_53:7; E_Wu_5:7). „*Bezüglich der Erwartungen zur Sportgruppe sagte er, der Sport würde gut tun. Da seine Gedanken ständig kreisen, erhoffe er sich vom Sport davon frei zu sein. Er sagte, der Sport ist ein Medikament für den Körper.*“ (E_Giz_66:2)

Diese Teilnehmerin erwartet sich: „*psychische Verbesserung, Spaß erleben*“ (N_Uni_10:10). Die Erwartungen der Teilnehmer(innen) sind nicht ausschließlich positive. Befürchtungen darüber, dass vorhandene Beschwerden bei Bewegung schlechter werden, stellen negative Konsequenzerwartungen dar: „*bei Bewegung Schmerzen*“ (E_Lom_4:5). Nicht nur körperlich, sondern auch das mentale Wohlbefinden könnte während oder nach dem Sport schlechter sein: „*Bewegung ja, aber [mich in einer] Gruppe [aufzuhalten empfinde ich als] eher stressig*“ (E_Lom_4:9).

Ein männlicher Teilnehmer hatte vor dem Beginn der Teilnahme die Befürchtung zu alt zu sein. Womöglich assoziiert er Sport mit jungen, leistungsfähigen Menschen und hat dadurch die negative Erwartung sich dann unpassend und nicht zugehörig zu fühlen (E_Vel:53:6; E_Vel_53:13).

Konsequenzerfahrung

Ob ein Verhalten dauerhaft aufrechterhalten wird, ist stark von den persönlichen Erfahrungen abhängig, die während des Prozesses hin zur Gewohnheit im Sportprogramm gemacht werden. Im Vorfeld gemachte Erwartungen werden mit den erfahrenen Konsequenzen auf Erfüllung überprüft. Dabei haben sowohl positive als auch negative Erfahrungen Auswirkung auf das zukünftige Teilnahmeverhalten.

Diese Teilnehmerin erlebte ihre erste Einheit als sehr positiv „*Das erste Mal war sehr gut, sie hat sich gut gefühlt [und sie] war nicht krank*“ (N_Wi_6:10). Auch diese Frau machte überwiegend positive Erfahrungen und schildert im Nachgespräch „*der Sport ist wie eine Therapie. Sie würde auch gerne abnehmen und sie freut sich in einer Gruppe zu sein*“ (N_Pau_9:16).

Eine Verbesserung von muskulären Verspannungen führt zu mehr Wohlbefinden und zählt ebenfalls als positive Konsequenzerfahrung:

Durch die Übungen mit dem Theraband sind die Probleme mit dem Kopf besser geworden (N_Wi_6:6); Am Anfang hat sie dann beim Sport in den Einheiten weniger gemacht, zu Hause hat sie aber Muskelentspannung gespürt. (N_Pau_9:15; N_Uni_10:7)

Die Reduzierung von Schmerzen ist für viele ein Anreiz am Bewegungsprogramm teilzunehmen. Erlebt man eine Verbesserung durch den Sport, hält dies die Motivation wiederzukommen aufrecht: „*Sie hatte zwar Schmerzen, aber jetzt durch den Sport ist es besser geworden; vorher hat sie viele Spritzen bekommen, aber jetzt nicht mehr.*“ (N_Wi_6:12; vgl. N_Pau_9:3; N_Ce_12:7; E_Til_56:9)

Auch die positiven Konsequenzerfahrung, die in der Vergangenheit unabhängig vom Bewegungsprogramm Movi Kune erlebt wurden, tragen in der Gegenwart zur Absichtsbildung und Umsetzung bei:

Er sagt, dass Sport ihm bei seinen Problemen helfe. Seine Beschwerden hätten sich auch schon gebessert, vor allem seine Bauchschmerzen hätten sich deutlich verringert. Er zeigte sich sehr interessiert als ich ihm von dem Programm erzählte (E_Vau_45:9; vgl. E_Vo_54:11); Früher betrieb er lange Zeit Ringen. Seine Erwartungen an den Sport seien: Es kann gut tun. (E_Zir_46:5)

Wenn Teilnehmer(innen) die Erfahrung machen, durch den Sport von ihren Sorgen und Gedankenkreisen abgelenkt zu werden, kann dies ein Motivationsschub sein, beim nächsten Mal wieder zu kommen mit der Erwartung sich danach wieder besser

zu fühlen: „Sport bedeutet für ihn Ablenkung, dann empfindet er keine Unruhe und keine Angst, wenn er seinen Körper spürt“ (E_Vau_45:19; vgl. E_Vel_53:11; E_Dro_55:4). Ähnliches wird von dieser Teilnehmerin berichtet: „Nach dem Sport hat sie sich leichter gefühlt, auch leichter im Kopf“ (N_Pau_9:7).

Diese Teilnehmer(in) erlebt eine sportliche Verbesserung: „Auch die Koordinationsübungen waren am Anfang sehr schwer, da hat sie viel gelernt“ (N_Na_11.5; N_Ce_12:3). Das Erleben von Erfolg und persönlicher Weiterentwicklung in einer Sache kann zu einigen positiven Gefühlen und Assoziationen führen. Das Gefühl Herausforderungen gewachsen zu sein und der Glaube an die eigene Kompetenz kann damit gesteigert werden und folglich die Motivation zur erneuten Teilnahme fördern.

Das Gefühl von Zugehörigkeit kann ebenso ein starker Motor für regelmäßige Teilnahme sein. Der soziale Aspekt des Bewegungsprogrammes wird von den Teilnehmer(innen) wie folgt geschildert:

Sie hat Menschen kennengelernt und das hat ihr gut getan (N_Pau_9:6); Sie hatte viel Spaß und hat viel gelacht (N_Na_11:1); Es herrscht eine sehr gute Gruppenstimmung. Sehr positiv auf die Gruppendynamik hat sich das Aufwärmen, Mobilisieren, Kräftigen ausgewirkt. Im Kreis der roten Matten, zeigt jeder eine Übung vor, die er kann und die er vorzeigen möchte. Das geht insgesamt 4 Mal im Kreis weil wir 7 Personen sind. Es macht richtig Spaß finde ich und erzeugt ein starkes Gruppengefühl, aktiven Beitrag leisten. (VP_alle_67:31)

Diesen positiven Erfahrungen stehen jedoch die negativen Konsequenzenerfahrungen gegenüber. Auch diese fließen in die Rückwirkungsprozesse mit ein und beeinflussen, ob man das Sporttreiben zur festen Gewohnheit macht oder nicht: „Nach dem Sport hat sie mehr Schmerzen; psychisch geht es ihr beim Sport besser, sie vergisst den Schmerz beim Sport; die Schmerzen bleiben aber im Alltag.“ (N_Cuf_8:7)

Auch dieser Teilnehmer hat scheinbar bereits die Erfahrungen gemacht, dass Sport in ihm negative Emotionen auslöst und äußert dies so: „Er sagt auch, dass er nicht sicher ist bezgl. Laufen (...), dass das Laufen oder Sport auch negative Empfindungen hervorrufen kann“ (E_Gol_39:12). Dieser Teilnehmer hat die Erfahrung gemacht, dass er sich als Belastung für die anderen erlebt: „Ich belaste Leute hier sehr“ (E_Atu_40:7).

Folgender Teilnehmer hat in einer der Bewegungseinheiten eine sehr intensive Erfahrung gemacht:

An liebt auch das Spiel. [er] hat beschlossen 2 mal [pro] Woche zu kommen. [Er] beginnt aber sehr bald zu keuchen. Michael berichtet schon beim Einlaufen schnauft er und greift sich bedeutsam auf die Brust, möchte seinen Asthmaspray nicht verwenden. Während des Basketball gibt er alles, weil er Lust dazu hat. Er kippt dann fast um, muss eine richtige Auszeit nehmen. Kaltes Wasser um sich zu beruhigen. [Er] hat dann sehr starkes Stechen in der Brust, ist verzweifelt und hat Angst, weil er nicht versteht, was mit ihm los ist. Er bleibt an der Seite sitzen. Am Schluss steigt er noch mal ins Spiel ein, kann aber wieder sein Tempo nicht steuern, obwohl Clemens ihn dazu auffordert. Beim Dehnen geht es ihm schlecht. Erst an der frischen Luft wird es besser. Im Büro beim Umziehen kommt der Zustand wieder und er zittert so stark, dass er erst beim dritten Anlauf unterschreiben kann. Er will sich nicht hinsetzen, sondern an die frische Luft. (VP_An_67:11)

Diese negative Erfahrung mit dem eigenen Körper geht mit unangenehmen Gefühlen einher. Angst, Schwäche und Scham können dabei ausgelöst werden und dafür sorgen, dass diese Situation in Zukunft vermieden wird.

Es werden auch außergewöhnliche Beobachtungen gemacht, dass positive Emotionen als negativ erlebt werden, weil sie dem eigenen Selbstbild oder den Pflichten widersprechen. Dieses Paradoxon könnte sich beispielsweise durch die Überzeugung ergeben, dass man sich in der Trauerphase nicht freuen darf:

Frau Lom – sie ist nicht in Therapie gekommen auf Grund von Schmerzen! Muskelkater! Wird von Therapeutin motiviert, weiter zu machen. Weitere Ursache könnte sein, dass sie einen kurzen Moment Freude [und] Leichtigkeit verspürt hat. Ihr kurzes Lachen beim Hürdenlauf. Trauernde Frauen dürfen dieses Gefühl nicht erleben (VP_Lom_83:4).

5.2.3 Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst, die sich direkt auf die Durchführung der Bewegungseinheiten beziehen. Thematisiert werden dabei die Sprache in den Einheiten, das Erleben in der Gruppe, einerseits mit den anderen Teilnehmer(innen) und andererseits mit den Therapeut(innen), sowie der Programminhalt und die von den Teilnehmer(innen) erlebte Über- bzw. Unterforderung in den Bewegungseinheiten.

Sprache

In einer Gruppe aus Menschen, die aus vielen unterschiedlichen Ländern stammen, spielt natürlich die Sprache eine besondere Rolle. Niemand der Teilnehmer(innen) spricht

Deutsch als Muttersprache. Manche beherrschen es trotzdem sehr gut: *„Er spricht fließend Russisch, Tschetschenisch und sehr gutes Deutsch. Er versteht quasi alles und spricht auch verständlich, wenngleich ihm manchmal Wörter nicht einfallen“* (E_Vel_53:2).

Andere verstehen noch sehr wenig. Das Sprachlevel ist unterschiedlich hoch. Viele der Teilnehmer(innen) besuchen Deutschkurse (E_Vau_45:11). Die Therapeut(innen) sprechen während der Bewegungseinheiten vorwiegend deutsch, manchmal auch englisch (E_Gol_39:1; vgl. E_Za_63:9). Teilnehmer(innen) mit derselben Muttersprache, helfen sich teilweise gegenseitig weiter, indem sie Anleitungen übersetzen.

Die Wichtigkeit des Deutschsprechens für die Integration ist vielen bewusst. Der Deutschkurs und das Üben der Sprache haben demnach für viele Teilnehmer(innen) einen hohen Stellenwert. Für Frau Wu und Herrn Atu ist es sogar ein nennenswerter Anreiz am Bewegungsprogramm teilzunehmen: *„Die Sprache Deutsch hören“* (E_Wu_5:6). *„Praktizieren und deutsch sprechen“* (E_Atu_40:1).

Auch Herr Gu ist ausgesprochen motiviert jede Gelegenheit zu nutzen, die deutsche Sprache zu verbessern:

Herr Gu ist 47 Jahre alt und ein sehr ernster Mann. Er war ein wenig steif und er vermittelte ein Gefühl von Strenge und Ernst. Er kann schon relativ gut Deutsch und versuchte so viel wie möglich ohne Dolmetscher zu besprechen. Er entschuldigte sich mehrmals beim Dolmetscher, dass er ihn nicht übersetzen ließ, was für seine Höflichkeit spricht. Er fragte auch nach einem Deutschkurs, für den er ein Plakat im Vorraum von Hemayat sah. Das Lob, er spreche schon gut Deutsch, wies er ab und er sagte, er spreche noch nicht gut Deutsch. Ich denke er ist sehr streng mit sich selbst und will alles perfekt machen. (E_Gu_62:10)

Ist man in einer Gruppe, mit deren Mitglieder man sich nicht unterhalten kann, kann dies unangenehme Gefühle auslösen: *„Scham wegen Sprache“* (N_Cuf_8:9). Man kann sich nur eingeschränkt mitteilen, es treten Missverständnisse auf und man fühlt sich unverstanden: *„Er ist hingegen nervös und zornig, versteht nicht warum. Es stört ihn sehr, dass er nicht sprechen kann, auch in der [Gruppe] versteht er 10-20%, kontextuelles Verstehen über Mimik und Gestik...“* (VP_Bir_67:30).

Der Aufbau von Beziehungen zu anderen Teilnehmer(innen) und auch zu den Therapeut(innen) ist erschwert: *„Bruder von Herrn Dir war anwesend und hat häufig übersetzt und auch geantwortet. Damit war es schwierig ein Gespräch mit Dir zu führen. Dir sagt kaum etwas. Große Sprachbarriere“* (E_Dir_41:2).

Einerseits hat man Schwierigkeiten die sportlichen Aufgaben richtig zu verstehen, andererseits sind die sozialen Interaktionen eingeschränkt:

Auch!! ist die Sprachbarriere massiv. Herr Zu versteht nämlich wirklich nichts. Das habe ich am 18.4. festgestellt, als wir eine ½ Stunde auf Lukas gewartet haben. [Die] Unterhaltung war nicht einmal in Ansätzen möglich. Ich bezweifle sehr, dass er auch nur eine einzige Erklärung beim Vorzeigen der Übungen versteht. (VP_Zu_67:56)

Obwohl es eine große Schwierigkeit darstellt, wenn man sich nicht über das Sprechen verständigen kann, bietet Sport in vielen Situationen eine gute Möglichkeit trotzdem mitzumachen, da durch Pantomime, Körpersprache, Vorzeigen und Nachmachen das Sprechen umgangen werden kann: *„Sie hatte Verständigungsprobleme, hat aber trotzdem alles gemacht“ (N_Na_11:3).*

Lebt eine Übung oder ein Programminhalt jedoch von der verbalen Instruktion, kann die Sprache eine unüberwindbare Barriere darstellen. Dies widerspiegelt sich in der folgenden Situation: *„Die Atemübung von Clemens am Schluss versteht er sprachlich nicht, weder englisch und deutsch und macht sie daher auch falsch“ (VP_Ak_67:7).*

Erleben in der Gruppe

Wie der Name „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ bereits verrät, ist eine Intervention in Gruppen vorgesehen. Im Folgenden werden Beobachtungen und Äußerungen, welche einerseits das individuelle Erleben in der Gruppe betrifft, andererseits Beobachtungen vom gemeinsamen Gruppengeschehen, thematisiert. Frau Lom empfindet die Gruppe eher als belastend: *„Unruhe/Lärm, derzeit viele Menschen; schwer auszuhalten (Migräne)“ (E_Lom_4:6); „Bewegung ja, aber Gruppe eher stressig“ (E_Lom_4:9).* Auch Frau Wi scheint dem Gruppensetting nicht viel abgewinnen zu können: *„Gruppe war gut, aber weniger Kontakt mit anderen Frauen wäre ihr lieber“ (N_Wi_6:4).*

Beim Beobachten der Gruppe verrät der Umgang der Personen untereinander über die Stimmung und das Gruppengefüge: *„große gemischte Gruppe; wenig miteinander; weder national noch nationenübergreifend kaum Hilfestellungen“ (VP_alle_67:3).*

Wie bei der vorangegangenen Unterkategorie bereits ausführlich thematisiert wurde, spielt bei sozialen Interaktionen die Sprache eine zentrale Rolle. Treten hier Barrieren auf, kann dies in Situationen mit anderen zu unangenehmen Empfindungen führen: *„Scham wegen Sprache“ (N_Cuf_8:9).*

Im Gegenzug dazu fühlen sich viele der Teilnehmer(innen) in der Gruppe sehr wohl und sehen den Austausch mit anderen Personen als bereichernd: *„Ihm ist vor allem der soziale*

Aspekt der Gruppe äußerst wichtig, was unter dem Aspekt, dass er sich sehr isoliert gefühlt hat bevor er mit dem Programm startete, nicht verwunderlich ist.“ (ZG_An_68:4)

Neue Bekannt- und Freundschaften sind durch das Bewegungsprogramm entstanden. Dies zählt zu den wichtigen Förderfaktoren für eine regelmäßige Partizipation: *„Gol strahlt und hat Humor, bringt sich in die Gruppe ein. Beim Umziehen bedankt er sich persönlich, er habe heute einen neuen Freund gefunden“ (VP_Gol_67:42); „Sie hat Menschen kennengelernt und das hat ihr gut getan“ (N_Pau_9:4); „Wenn ich euch sehe, ist es wie Familie“ (N_Pau_9:11).*

Frau Uni empfindet die Vielfalt der Frauen als positiv: *„Gruppe war super. Alles verschiedene Frauen“ (N_Uni_10:2; vgl. N_Na_11:4).* Das Wohlergehen in der Gruppe spiegelt sich in Aussagen wie dieser wider: *„Sie hatte viel Spaß und hat viel gelacht“ (N_Na_11:1; vgl. N_Ce_12:1).*

Manche Teilnehmer(innen) haben Familienmitglieder oder Freunde, die ebenfalls am Programm teilnehmen (E_Dir_41:1); Teilweise wurden Freunde vorgeschlagen und der Kontakt zum Bewegungsprogramm wurde dadurch hergestellt: *„Er habe außerdem einen Freund, der schon am Sportprogramm teilnehme. Er habe ihm schon viel vom Ablauf erzählt“ (E_Til_56:5).*

Nicht alle empfinden die Gruppensituation als positiv. Wie die folgenden zwei Beobachtungen zeigen, kann es sichtlich Unbehagen auslösen:

Im Spiel zurückhaltend, kein Körperkontakt, jede Bewegung bedenkend, immer am Rand der Gruppe, schießt einige Körbe aufgrund seiner Größe. Fast schüchtern, will niemanden niederrennen. Starke Aggressionshemmung (VP_Til_67:61); Tre kommt und fühlt sich unsicher, in der Gruppe nicht recht wohl, bleibt immer am Rand, redet mit niemandem aktiv, geht öfter raus. Er ist sehr unausgeglichen und kann sich die ganze Stunde über nicht entspannen, bei Entspannungsübung versucht er durch Beobachtung alles richtig zu machen. (VP_Tre_67:45)

Nicht nur das Erleben von einzelnen kann negativ sein. In folgender Beobachtung wurde die Stimmung in der ganzen Gruppe als eher unangenehm erlebt:

Es passiert mehrmals in der Gruppe in der ich spiele, dass die Kommunikation untereinander nicht funktioniert. Es fällt allen auf. Deutliches Unlusterleben von Dro. Er sieht das Problem, kann es benennen, seine Bewertung ist aber subjektiv getönt. Sieht kein eigenes Fehlverhalten sondern nur

Fremdverschulden durch anderes Teammitglied und macht Vorhaltungen. Er kann sein Handeln dem anderer nicht anpassen. (VP_alle_67:28)

Es gelingt den Therapeut(innen) nicht immer eine gute, motivierende Stimmung zu erzeugen:

Gruppe ist heute sehr heterogen, bezüglich der Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmer. Michael ist als Coach alleine, ich versuche mich um einzelne Teilnehmer zu kümmern. Aber die Gruppe zerfällt. Die Jungen treiben im Tempo an, Michael geht auf sie ein und die Älteren, Gu und Tu, steigen aus. Machen dann ihr eigenes Ding. Gu fängt an, auf den freien Korb zu werfen, um sich die Zeit zu vertreiben, Tu steigt mit ein. Sie kommunizieren aber nicht wirklich miteinander. Die Heterogenität ist sehr spürbar für alle (auch die Jungen). Ich bin mit dieser Situation sehr unzufrieden. Bei dieser Gruppengröße sind zwei Trainer erforderlich. (VP_alle_67:50; vgl. VP_An_67:46; VP_alle_67:49)

Nichtsdestotrotz bietet das Sporttreiben in Gruppen viele Chancen, die positiv für die Motivation und eine regelmäßige Teilnahme sind: „Herr Zir sagt von sich selbst, dass es ihm schwer falle alleine Sport zu machen. In der Gruppe fällt es ihm jedoch leichter“ (E_Zir_46:5). Zusätzlich zum körperlichen Trainingseffekt ist es Zeit mit anderen Menschen und Zeit für sozialen Austausch: „Es bleibt abzuwarten, ob die Gruppe, das richtige für ihn ist. Sie würde ihm aber mit Sicherheit vor allem bezüglich seiner Isoliertheit weiterhelfen“ (E_Giz_66:4). Viele schätzen dies wert: „liebevoller Menschen“ (N_Cuf_8:1); „nette Trainerinnen“ (N_Pau_9:2).

Sowohl die Männer- als auch die Frauengruppe zeichnen sich durch große Heterogenität auf allen Ebenen aus. Das Alter der Teilnehmer(innen) variiert stark. Dies führte bei Älteren manchmal zu Unsicherheit, ob sie nicht zu alt seien (E_Vel_53:6). Die unterschiedliche Herkunft der Personen wird in der Unterkategorie Kultur thematisiert, sowie die Sprachbarrieren in der Unterkategorie Sprache.

In der Gruppe liegt der sportliche Vergleich mit anderen Gruppenmitgliedern nahe. Eigene Unzulänglichkeiten und Schwächen können wahrgenommen werden und führen in der folgenden Situation bei Herrn An zu Schamgefühlen:

Er schämt sich dafür, dass er nicht dieselbe Leistung bringt wie die anderen, er ist doch noch ganz jung und bekommt keine Luft, er mag sich nicht schwach fühlen; es ist ihm sehr peinlich, dass seine „Schwäche“ so sichtbar für sie anderen ist. Ich entgegne: diese Schwäche ist aber das Verbindende mit den anderen Teilnehmern. Alle kennen dieses Versagen und die

Grenzbelastung des eigenen Körpers und keiner wirft ihm das vor. Er reagiert erstaunt und fragt, warum die anderen das nicht zeigen. Ich bitte ihn, in der nächsten Stunde genau hinzusehen und einmal die anderen zu beobachten. Heute im Training: dieselben Probleme beim Einlaufen. (Keine Luft) Ich bitte ihn Ap zuzusehen, ändert aber nicht viel an seinem Unbehagen (VP_An_67:19).

Therapeut(innen)

Zu den Therapeut(innen) haben sich die Teilnehmer(innen) nicht sehr häufig geäußert. Wenn jemand Rückmeldung gab, dann war dies überwiegend positiv: „*Liebevolle Menschen*“ (N_Cuf_8:1); „*nette Trainerinnen*“ (N_Cuf_9:2).

Einen Fall gab es jedoch, bei dem die Therapeuten der genannte Grund waren, nicht mehr an den Bewegungseinheiten teilzunehmen: „*Herr Af erklärt mir in der Psychotherapiestunde, dass er an Sportgruppe nicht mehr teilnehmen möchte. Diese Art beobachtet und angeleitet zu werden, beschämt ihn*“ (VP_Af_67:26).

Programminhalt

Inwieweit der Programminhalt auf die regelmäßige Teilnahme einen Einfluss hat, wird im Folgenden versucht anhand von Beobachtungen und Äußerungen zu erläutern. Die Präferenzen zum Inhalt sind höchst individuell und werden von den eigenen Motiven am Programm teilzunehmen sowie von sportlichen Vorerfahrungen geprägt. Die eine Person kann einem strikten, geregelten Krafttraining mehr abgewinnen, die andere Person liebt es im Spportsport aufzublühen. Einer dritten Person ist es womöglich egal was gemacht wird, solange das Programm abwechslungsreich ist.

In der Frauengruppe genoss Volleyball oftmals positive Rückmeldung und wurde mehrmals explizit erwähnt: „*Volleyball hat ihr am besten gefallen, nach der Entspannung ist sie müde*“ (N_Wi_6:9); „*Freude beim Volleyball, trotz Schmerz! Sie liebt Volleyball und Fußball, kann wegen Knieschmerzen aber nicht spielen*“ (N_Cuf_8:11). Auch Basketball wird von einigen Frauen als sehr positiv bewertet: „*Basketball – kannte es nur von Fernsehen und WOW jetzt mache ich es. Unfassbar!*“ (N_Uni_10:3); „*Basketball (!!!) und Tanz war großartig; weniger neue Übungen die sie neu lernen musste*“ (N_Uni_10:4).

Auch in der Männergruppe bekunden viele Teilnehmer Freude am Spportsport:

Sportlich gesehen hat Herr Vau einiges an Vorerfahrung. Er war früher in einem Fußballklub in Aleppo. Seit 4 Monaten geht er rund 6-mal die Woche ins Fitnessstudio. Er sagt er möge Fußball, Volleyball und Tischtennis

(E_Vau_45:8); *Er mag Fußball, spielt aber auch gerne Basketball*
(E_Vau_45:18).

Die spielerische Komponente der Sportarten bietet eine gute Möglichkeit sich ganz auf die Sache zu konzentrieren. Ist die Aufmerksamkeit beim Spielverlauf, strengt man sich ohne es zu bemerken an. Spaß am Hineinsteigern und Mitfiebern zeichnen Sportarten aus. Dies kann auch in dieser Zielgruppe mehrfach beobachtet werden:

Nes kommt später dazu. Beide Frauen wollen weder das Volleyballspiel stoppen noch zwischendurch etwas trinken, trotz starkem Schwitzen. Bewegungsradius beider Frauen hat sich im Spiel komplett verändert. Im Spiel wirken ihre Schmerzen wie weggeblasen. Fokussiert auf den Ball. Cuf: das ist super! In der Beobachtung des Spiels können wir von einem Flow sprechen (VP_Nes_Cuf_69:3).

Für Herrn Ge dürfte der Programminhalt entscheidend sein. Er betont, dass es ihm wichtig sei, Fußball zu spielen und dürfte anderen Inhalten nicht ganz offen gegenüber stehen:

Er habe früher Fußball gespielt und sagte, als diese Sportart als Teil des Programms genannt wurde, „this is an important point“. Er vermittelte den Eindruck als ob er unbedingt Fußball spielen wolle und redete sehr viel darüber. Es könnte sein, dass ihm das Programm nicht gefällt, da wir nur selten diese Sportart wählen. Ich denke aber auch, dass ihm beispielsweise Basketball gut gefallen könnte. Ich denke bei ihm ist es wichtig, dass immer mehrere Teilnehmer anwesend sind, da es ihm sonst schnell langweilig werden könnte und er selbst nicht mehr kommt. (E_Ge_59:5)

Dagegen scheint es einigen anderen nicht so wichtig zu sein, was genau gespielt oder trainiert wird. Sie kommen mit Offenheit den Inhalten gegenüber in die Therapie: „*Er möge außerdem alle Sportarten gerne und ist bereit diese auszuprobieren*“ (E_Bo_60:2; vgl. (E_Bir_65:1).

Werden neue Sportarten ausprobiert, kann dies im ersten Moment zu Unsicherheit führen. Die Ungewissheit darüber, ob man den Anforderungen gewachsen ist, kann leichtes Unbehagen auslösen, wie im folgenden Fall sichtbar wird:

Als ihm gesagt wurde zurzeit werde Basketball gespielt, schaute er skeptisch und sagte, dass er das nicht so gut könne. Er wurde beruhigt indem gesagt wurde, dass alle Sportarten von Grund auf gelernt werden. Für ihn schien das in Ordnung zu sein. (E_Bir_65:3)

Anreise/Zugang

Diese Unterkategorie wurde zu Beginn des Kodierens überschätzt. Die Teilnehmer(innen) thematisierten die Anreise zu den Bewegungseinheiten selten.

Frau Wu drückte ihre Freude darüber aus, dass sie mit dem Rad anreisen konnte (E_Wu_5:4; vgl. E_Wu_5:4). Auch Herr Vel betont, dass die Lage für ihn sehr gut sei: „*Er erzählte, dass er das Sportgelände von außen schon kennen würde, da er regelmäßig daran vorbeilaufen würde. Sein Wohnort liegt in der Nähe des Sportzentrums*“ (E_Vel_53:4).

So wie es scheint, dürfte eine günstige Lage ein Förderfaktor sein, der positiv betont und angesprochen wird. Eine lange, ungünstige Anfahrt wurde von niemanden explizit angesprochen.

Für Frau Cuf ist die Anreise dennoch sehr beschwerlich und kann in ihrem Fall als Barriere zur regelmäßigen Teilnahme gezählt werden: „*Sie spricht an, dass sie auf der Straße oft stürzt und das das für sie vor und nach dem Sport sehr schwer ist; auch da sie alleine mit der U-Bahn fahren muss*“ (N_Cuf_8:4).

Frau Cuf kostet es demnach zusätzliche Überwindung sich den Weg zum Bewegungsprogramm anzutun, da erhöhte Gefahr zu stürzen besteht. Einerseits ist es ein erhöhtes Risiko sich körperlich zu verletzen, andererseits kann es vor den anderen Fahrgästen sehr unangenehm sein. Besonders zu Tageszeiten, in denen die öffentlichen Verkehrsmittel sehr ausgelastet sind, ist die Anreise unter diesen Umständen schwierig.

Über- /Unterforderung

Sowohl das Gefühl von Überforderung als auch von Unterforderung sind zwei Einflussfaktoren auf die Motivation und Volition der regelmäßigen Teilnahme. Beide Richtungen der Bewertung können zu Unlusterleben beitragen und das zukünftige Verhalten mitbestimmen (N_Wi_6:1; vgl. VP_Zu_67:2; VP_An_67:21). Werden die Anforderungen zu hoch oder niedrig erlebt, kann dies dem Erleben von Freude und Spaß entgegenstehen und zu Frustration führen (VP_Ap_67:12).

Was Überforderung emotional auslösen kann, wird in diesem Beispiel von Herrn An gut sichtbar:

Er schämt sich dafür, dass er nicht dieselbe Leistung bringt wie die anderen, er ist doch noch ganz jung und bekommt keine Luft, er mag sich nicht schwach fühlen; es ist ihm sehr peinlich, dass seine „Schwäche“ so sichtbar für sie anderen ist. Ich entgegne: diese Schwäche ist aber das Verbindende

mit den anderen Teilnehmern. Alle kennen dieses Versagen und die Grenzbelastung des eigenen Körpers und keiner wirft ihm das vor. Er reagiert erstaunt und fragt, warum die anderen das nicht zeigen. Ich bitte ihn, in der nächsten Stunde genau hinzusehen und einmal die anderen zu beobachten. Heute im Training: dieselben Probleme beim Einlaufen. (Keine Luft) Ich bitte ihn Herrn Ap zuzusehen, ändert aber nicht viel an seinem Unbehagen. (VP_An_67:19)

Spezifisch für die Zielgruppe in diesem Zusammenhang ist die womöglich veränderte Leistungsfähigkeit nach der Traumatisierung. Durch die psychischen Belastungen und körperlichen Verletzungen von Folter und Krieg ist es durchaus denkbar, dass sich die körperliche Belastungsgrenze nach unten verschoben hat. Dies ist für die Betroffenen ungewohnt. Sie können ihrem Körper nicht mehr das zutrauen, was er früher vielleicht ohne viel Mühe vertragen hat. Die Betroffenen müssen ihre neuen Grenzen erst kennen lernen und ein Gefühl dafür entwickeln. Akzeptieren, dass man schwächer geworden ist und Intensitäten neu regulieren lernen, ist in der Praxis nicht immer leicht:

[Herr Ak] bestätigt, dass [der] Muskelkater weg ist und das Laufen jetzt besser ginge (positiver Effekt aber für mich nicht sichtbar). Beim Einlaufen ist er sehr keuchend, läuft nicht locker, sondern eher schleppend. Dann nach der Mobilisation ist er deutlich überfordert mit den Kräftigungsübungen, häufig kommentiert er „sein Versagen“ damit, dass sein Bauch daran schuld sei. Bauchübungen fallen ihm grundsätzlich sehr schwer. Ich denke er spürt sein Alter deutlich und den Verlust ehemals vorhandener Kraft, das muss sehr frustrierend sein. Entsprechend auch seine Reaktionen, alle Übungen als selbstverständlich leicht und machbar anzusehen. Er überschätzt sich und findet bei gewissen Übungen kein Maß, um die Übung halbwegs zu machen; er bricht ab. Basketball fordert ihn sehr. (VP_Ak_67:6; vgl. VP_Ai_67:17)

Zusätzlich zu den körperlichen Beschwerden sind die Teilnehmer(innen) häufig mit psychosomatischen Schmerzen belastet. Auch kann es sein, dass es zu spontanen und ungewöhnlichen vegetativen Überreaktionen des Körpers kommt. Dies ist für die meisten ein neuer Umstand, an den sie sich erst gewöhnen müssen:

Auf die Frage, ob ihn das beunruhige oder er Angst habe, dass es etwas mit dem Herzen zu tun hat, entgegnete er dass es ihm wehtue, wenn er unter Stress stehe oder Druck verspüre. Die Schmerzen sind wohl psychisch bedingt. Hierauf ist beim Sport zu achten. Die eventuell auftretenden

Schmerzen könnten ein Indiz für psychischen Stress sein. Auch auf Überforderung wegen seines Herzens muss unbedingt geachtet werden.
(E_Bo_60:8)

Je geringer der zeitliche Abstand zur Traumatisierung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen ihre Verletzungen und Erkrankungen selber noch nicht gut kennen und bisher wenig Erfahrung gesammelt haben, welche Belastungsdosierung für sie persönlich angemessen ist:

Ich denke die Gruppe könnte ihm weiterhelfen, da sie ihn von seinem Alltag ablenkt und auch gesundheitlich helfen könnte. Ich bin mir aber nicht sicher, ob es von den Anforderungen her passend für ihn ist. Außerdem ist nicht ganz klar, ob er überhaupt Sport treiben darf. Bei ihm muss man abwarten, ob er sich wohl fühlt und regelmäßig kommen wird. (E_Gu_62_7)

In einer Gruppe in der das Leistungsniveau weit auseinander liegt, ist es für die Trainer(innen) nicht immer leicht, jede/n individuell richtig herauszufordern. Im Folgenden eine Situation, in der die Anforderung zu hoch angesetzt wurde: „Die Übung den Ball in der Luft zu fangen und gleich wieder zurückzuwerfen war für fast alle zu schwer. Ha hats 2 mal geschafft“ (VP_alle_67:25; vgl. VP_alle_67:73).

Genauso hinderlich erlebte Überforderung für die Motivation sein kann, ist es mit der Unterforderung. Auch dieses Erleben ist mit Unlust und Demotivation verknüpft: „Zwei ältere Russische Herren, Tin und Ba (Karate) einem der beiden war das Training zu wenig auf Kraft ausgelegt, es war irgendwie sichtbar, dass es ihm nicht so gefällt“ (VP_Tin_Ba_67:36; vgl. E_Dro_55:5; VP_Atu_67:5).

Umso freudiger und befriedigender ist es für die Teilnehmer(innen), wenn die Belastung angemessen und passend ist: „Gefühl, dass es nicht schwer war. Kann man alleine machen“ (N_Uni_10:1); „Sie hatte keine Probleme, sie hat alles geschafft“ (N_Na_11:2).

Auch Herr Af dürfte in der geschilderten Situation gerade richtig gefordert worden sein:

ist bei den Übungen sehr geschickt, alles funktioniert wie am Schnürchen. Er ist sehr beweglich und hat schnelle Reflexe. Die Übungen sind wesentlich spielerisch für ihn, mache schmerzen ihn, beim Kräftigen, aber nicht über die Maßen. (Nacken- und Bauchübungen). Basketball scheint ihn zu begeistern, einmal gibt es einen Moment, in dem er hell auflacht. (VP_Af_67:8; vgl. VP_alle_67:11)

5.2.4 Erleben der Posttraumatischen Belastungsstörung

Welche besonderen Umstände der Zielgruppe erschweren eine regelmäßige Teilnahme am Bewegungsprogramm? Welche dieser Einflussgrößen lassen sich mit der Traumatisierung in Verbindung bringen und wie erleben die Teilnehmer(innen) diese?

Mentaler Zustand

„Gehe ich heute zum Sportprogramm oder nicht?“ Für situative Entscheidungen ist der aktuelle mentale Zustand eine wesentliche Entscheidungsgrundlage. Im Folgenden werden Eindrücke über den mentalen Zustand der Teilnehmer(innen) geschildert.

Die meisten Symptome und Begleiterscheinungen einer Traumatisierung demotivieren für das Verlassen der eigenen Unterkunft und schon gar die Teilnahme an einer Gruppenaktivität. „*Unruhe/Lärm, derzeit viele Menschen; schwer auszuhalten (Migräne)*“ (E_Lom_4:6). Das Setting einer Sportgruppe kann als zusätzliche Belastung und Stress empfunden werden (N_Lom_7:5). Den Anweisungen folgen, die vielen Begegnungen mit anderen Menschen aushalten und der Lärm, der durch das Sporttreiben entsteht – das alles kann für die psychisch vorbelastete Zielgruppe Strapazen darstellen (N_Nes_7:5).

Auch in diesem Zusammenhang spielt die Sprache eine Rolle. Nicht wie gewohnt kommunizieren können, kann zu Unwohlsein, Scham und Isoliertheitsgefühlen führen (N_Cuf_8:9).

Bei depressiven Symptomen kann die Hürde sich diesen Umständen auszusetzen unüberwindbar groß sein. Antriebslosigkeit, Energielosigkeit und Mangel an Selbstvertrauen können lähmen und den Weg zum Sportprogramm verhindern. Herr Gol äußert sich zu diesem Problem wie folgt:

Er scheint motiviert, aber sagt ganz klar dass wenn er in einer depressiven Phase ist, dann wird er nicht kommen. Da kann er nicht teilnehmen, auch wenn er will und weiß, dass es ihm guttun würde. Da kommt er nicht raus.
(E_Gol_39:5)

Viele der Betroffenen leiden unter Schlafstörungen, was zu Unausgeglichenheit, Gereiztheit und Antriebslosigkeiten führen kann (E_Vau_45:14). „*Schlafstörungen, mit Tabletten könne er halbwegs schlafen. Immer wieder Alpträume. Angstzustände; ständig Kopfschmerzen, sehr vergesslich, Konzentrationsschwierigkeiten, wenig Appetit; nervös, traurig, verzweifelt*“ (E_Vo_54:13).

Körperliche Schmerzen wirken sich negativ auf das mentale Erleben aus, unabhängig davon wo der Ursprung der Schmerzen liegt. Dieses Thema wird in der Unterkategorie Schmerz näher behandelt.

Wird das eigene Weltbild durch grauenhafte Erfahrungen gestört, kann der mentale Zustand durch emotionale Labilität in allen Ausprägungen gekennzeichnet sein. Frau Lom beschreibt sich selbst als „*sehr gestresst; [sie] war stationär [und hat] regelmäßig Krisen*“ (N_Lom_7:5). Herr Vau beschreibt seinen mentalen Zustand wie folgt: „*Er war sehr direkt, was seine Probleme angeht und berichtete uns über seine Angstzustände, Schlafstörungen und seine Herzrasen. Er hat auch ab und zu nervöse Zuckungen im Gesicht*“ (E_Vau_45:5).

Ein ständiger Wegbegleiter von Herrn Vau ist seine Angst (E_Vau_45:14).

Verglichen zur Normalbevölkerung erkrankten Personen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, häufiger an anderen psychischen Erkrankungen, welche das psychische Erleben ebenso beeinträchtigen können. Herr Gol „*hat eine bipolare affektive Störung. [Er] ist häufiger depressiv und das kann ihn auch von der Teilnahme hindern*“ (E_Gol_39:6; vgl. E_Gol_39:10).

Jedes dieser Symptome erschwert es den Betroffenen inneren Frieden und Gelassenheit zu spüren. Unausgeglichenheit und Gereiztheit sind naheliegende Reaktionen auf diese Umstände:

Herr Zir ist ein älterer Herr, der zunächst sehr ruhig erschien, regte sich dann aber sehr über die Menschen in Wien auf. Er sagte er könne nicht nach draußen gehen, da hier einen alle anrempeln und nicht einmal Entschuldigung sagen können. Er wurde auf dem Weg zum Gespräch auch mehrmals angerempelt. ‚Wenn in der U-Bahn jemand laut telefoniere will ich ihm am liebsten das Handy aus der Hand reißen.‘ Er wurde sehr aufgebracht und kam mehrmals auf dieses Thema zu sprechen. Er erzählte auch von seiner Arbeit als Tischler in Innsbruck, bei der er wegen einer Auseinandersetzung gekündigt wurde. Er sagte es sei nicht seine Schuld gewesen. (E_Zir_46:1)

Eine Verbesserung des mentalen Zustandes nach der Sporteinheit wird von einigen Teilnehmer(innen) angesprochen: „*Nach dem Sport hat sie sich leichter gefühlt, auch leichter im Kopf*“ (N_Pau_9:7). „*Nach Sport leichter und aktiver*“ (N_Uni_10:7). Der Sport kann auch kurzfristig eine Verbesserung auslösen, weil die Teilnehmer(innen) aus ihren Gedankenkreisen gerissen werden: „*Wenn ich alleine bin, bin ich sehr gestresst. Ich habe schlechte Gefühle sobald ich 2 bis 3 Stunden alleine bin. Es tue ihm gut rauszugehen*“ (E_Vo_54:6).

Arzttermin

In den Interviews wurden Arzttermine mit einer Ausnahme nicht erwähnt. Bei dieser Ausnahme nannte eine Teilnehmerin bereits vor dem Beginn des Programmes zwei Termine, an denen sie aufgrund von Arztterminen nicht teilnehmen können werde (E_Az_43:4).

Alle Teilnehmer(innen) wurden gebeten sich bei Verhinderung bei den zuständigen Psychotherapeut(innen) abzumelden. In der Frauengruppe funktionierte dies teilweise. Wurde ein Grund für die Absage angegeben, wurde dieser auf der Anwesenheitsliste vermerkt. Arzttermin und Krankheit waren die häufigsten Absagegründe. Wie im Theorieteil ausführlicher thematisiert wurde, geht eine Posttraumatische Belastungsstörung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von Begleiterkrankungen einher. Das dieser Umstand viele Arzttermine mit sich bringt, ist naheliegend.

Die Teilnahme am Programm ist freiwillig. Die Teilnehmer(innen) mussten bei Abwesenheit keine ärztliche Bestätigung bringen. Es steht die Überlegung im Raum, dass hin und wieder ein Arzttermin als Vorwand bei Absagen verwendet wurde. Dies könnte daraus resultieren, dass dieser Absagegrund womöglich leichter zu nennen ist, als Einblick in die aktuelle Stimmungswelt zu geben. Befindet man sich in einem emotionalen Tief oder Krise, kann es eine große Hürde sein, dies anzusprechen.

Schmerzen

Beim Foltern wurde er an seinen Armen aufgehängt, wobei seine Schultern ausgekugelt wurden und seine Arme nach eigener Aussage bei seinen Füßen hingen. Er habe deswegen immer noch ab und zu Schmerzen in seiner Schulter. Hierauf müssen wir beim Sport Acht geben. (E_Zu_57:4)

Wer durch eine Gewalttat traumatisiert wurde, leidet körperlich und seelisch. Diese Verletzungen können vielfältig sein. Seelische und körperliche Verletzungen stehen in Wechselwirkung: „er habe manchmal Schmerzen in seinem Bein, da er hier angeschossen wurde. Die Narben pulsieren, wenn er nervös ist. Beim Laufen schmerze es allerdings nicht. Außerdem habe er manchmal Schmerzen in der Schulter“ (E_Bir_65:2).

Ein Großteil der Teilnehmer(innen) leidet an chronisch somatoformen Störungen. Ob ein physischer Schmerz einen psychischen oder organischen Ursprung hat, kann im Rahmen des Bewegungsprogrammes nicht bestimmt werden. Unabhängig davon stellen die Schmerzen eine Barriere zur regelmäßigen Teilnahme dar. Im Folgenden soll ein Einblick in dieses Problem gewährt werden.

[Herr Az] ist schwerhörig und trägt ein Gerät in beiden Ohren. Auf der linken, oberen Kopfhälfte sei eine Titanplatte implantiert. [Er] klopft dagegen. [Ist dies von einer Granatbombe?] Das ist schon lange her. In der Vergangenheit. Bei Lärm habe er Probleme, Orientierungsprobleme. Auch Schwindel. Auch Gleichgewichtsprobleme. [Trauen Sie sich zu Fußball zu spielen?] Schnelle Bewegungen könnten Probleme machen. Er habe alles Mögliche... [Er] macht einen abwinkenden Körperausdruck, wie das ist schon in Ordnung und lasst uns über etwas anderes reden. (E_Az_43:3)

Wenn Menschen Dauerschmerzen und funktionale Störungen haben, kann es große Überwindung kosten den Körper trotzdem zu bewegen und sich dennoch anzustrengen.

Er habe außerdem starke Schmerzen in den Knien, die so gut wie immer da sind und von Tag zu Tag schlimmer werden. Er müsse sein Bein beim Sitzen ausstrecken. Auch in seiner Schulter habe er Schmerzen, da er hier geschlagen wurde. Er habe Schmerzen im Gelenk, dies sei aber inzwischen „neutral“ geworden. Er hat sich wohl daran gewöhnt. Seine Knie machen ihm mehr Probleme. Allerdings erzählte er, er wollte Liegestütze machen und schaffte nun nur mehr eine, da ihm seine Schulter Schmerzen bereitete. Früher schaffte er 50. Als er über seine Schulter sprach verzog sich sein Gesicht als hätte er Schmerzen und er fasste an die Schulter. (E_An_63:69)

Die Einschränkungen reichen von massiven körperlichen Verletzungen (E_Atu_40:5), über Erkrankungen (E_Ak_42:3; VP_Dro_67:32) bis hin zu chronischen Kopfschmerzen (E_Zir_46:3). Von Schwindelgefühlen und Verwirrtheit werden auch berichtet:

vor ein paar Jahren sei die Aorta im Kopf und im Hals angeschwollen gewesen. Im Kopf sei es dann allerdings zurückgegangen. Manchmal habe er Atemnot und sein Herz schlage sehr schnell. Ihm sei auch häufig schwindelig und [er] stürze öfters davon oder müsse sich festhalten. Er habe auch Schmerzen im ganzen Bein und Probleme mit Kopf, Nacken und Wirbelsäule. Die Kopfschmerzen sind wohl psychisch bedingt. (E_Zir_46:8; vgl. E_Giz_66:3)

Ungewohnte vegetative Reaktionen können auftreten und schränken die Teilnahme ein:

Herr Tu hat Herzstechen, scheidet aus [dem Basketball] Spiel in der Pause aus. Während des Spiels bleibt er eher am Rand und bringt sich nicht außerordentlich durch Laufen ein. Nach der Einheit befragt, sagt er es gehe ihm gut und er fühle sich angenehm trotz Stechen in der Brust. Er möchte jedenfalls Mittwoch wiederkommen. (VP_Tu_67:75)

Die dadurch entstehenden Einschränkungen können für die Teilnehmer(innen) beschämend sein. Sich den eigenen Schwächen bewusst werden und sie vor anderen Menschen preisgeben kann schwierig sein und unangenehme Bewertungen auslösen (VP_An_67:19). Körperliche Schmerzen und Reaktionen, deren Ursprung man womöglich nicht kennt, löst bei den meisten Menschen Beunruhigung oder große Angst aus (VP_An_67:11).

Unter den Frauen können Beschwerden aufgrund der Menstruation oder der Menopause auftreten. Die Intensität dieser Beschwerden sind individuell sehr unterschiedlich und können ein unerträgliches Ausmaß annehmen: „*Frau Li entschuldigt sich für ihre Abwesenheit – Frauenprobleme, viele Schmerzen*“ (VP_Li_83:3). Neben organischen Ursachen, können auch psychische Zustände die Symptome während der Monatsblutung beeinflussen. Stress, Unruhe und Chaos wirken sich ungünstig auf Menstruationsbeschwerden aus.

Obwohl die Bewegungstherapie also langfristig eine positive Wirkung auf die Symptome haben kann, stellen Schmerzen jeglicher Art in der Situation selbst eine große Barriere zur Teilnahme dar.

Die Teilnehmer(innen) haben oftmals Schwierigkeiten ihre Schmerzen zu artikulieren. Einerseits aufgrund der mangelnden Deutschkenntnisse, andererseits weil sie aufgrund der Traumatisierung gelernt haben, ihren Körper zu ignorieren. Eine Distanz zum eigenen Körperempfinden wird aufgebaut, um mit dem Erlebten einen Umgang zu finden. Um in der Therapie wieder eine Annäherung zu fördern, werden Schmerzkarten verwendet, die den Teilnehmer(innen) helfen sollen, die eigenen Schmerzen differenzieren zu lernen. Qualität und Intensität werden bildhaft beschrieben: „*Schmerzkarte Nr. 16 wählt Frau Cuf am Ende der Einheit. Sie erkennt den Unterschied zu den erstgewählten Karten. Den Unterschied vorher/nachher zu erkennen ist ein wesentlicher Schritt in der Therapie*“ (VP_Cuf_69:4).

Medikamente

Eine weitere Barriere beziehungsweise Erschwernis für den Alltag stellen die Nebenwirkungen durch Medikamente dar (E_Gu_62:3). Im Speziellen die Nebenwirkungen von Psychopharmaka spielen in dieser Zielgruppe eine bedeutende Rolle. Die Wahl zwischen Leid oder Linderung fällt verständlicherweise häufig zur Wahl der Linderung aus. Mit den Nebenwirkungen muss sich arrangiert werden.

Eine häufige Nebenerscheinung sind Müdigkeit und Antriebslosigkeit (E_Gu_62:6).

Wer viele Medikamente nimmt, läuft außerdem Gefahr, dass sich die Wirkstoffe der einzelnen Medikamente negativ beeinflussen. Dies kann zur Folge haben, dass sich die Wirkstoffe gegenseitig verstärken oder unwirksam machen. In speziellen Fällen führt die Kombination auch zu individuellen, ungewöhnlichen Symptomen. Die vielen unterschiedlichen Symptomen resultieren manchmal in einem regelrechten Cocktail aus Psychopharmaka wie im folgenden Fall veranschaulicht wird: „*Herr Vau ist in ärztlicher Behandlung wegen seiner Angstzustände und nimmt 2 Medikamente dagegen. Eins ist gegen Depressionen und Angstzustände, das andere zum Einschlafen, letzteres will er aber absetzen.*“ (E_Vau_45:6).

Die Kombination von Pharmaka ist ohnedies eine schwierige Aufgabe von Psychiater(innen). Die Lebensumstände der geflohenen Menschen führen zudem zu Einschränkungen in der medizinischen Versorgung. Der Zugang ist durch die Sprache und die Orientierungslosigkeit in einer neuen Gesellschaft erschwert. Selbstmedikation oder unprofessionelle Ratschläge können in dieser Situation verlockend sein, was verheerende Folgen mit sich bringen kann.

Oftmals beklagen sich die Teilnehmer(innen) über ihre Medikamente und wünschen diese reduzieren zu können (E_Atu_40:6; vgl. E_Pi_58:1; E_Vun_61:1).

Er tut alles, was man ihm empfiehlt, Psychopharmaka, obwohl er das für sich eigentlich ablehnt. Effektin 150 mg, Citalopram 10 mg. Ich zeige mein Erstaunen, dass er trotzdem keine antriebssteigende Wirkung verspürt (Dosis ist recht hoch) Er bestätigt eine anfängliche Wirkung von ca 4 Wochen, dann lasse dieser Effekt spürbar nach und es geht ihm wie vorher. Tabletten-Schlucken hat keine Zukunft. (VP_Gol_67:63)

Viele der Teilnehmer(innen) betonen ihre Hoffnung durch den Sport die Medikation verringern zu können (E_Pi_58:2; vgl. E_Giz_66:2)

Schlaf

Neben den bereits thematisierten Symptomen sind Schlafstörungen eine weitere mögliche Folge von traumatischen Erlebnissen. Erhöhte Wachsamkeit und Angstzustände erschweren das Ein- und Durchschlafen. Unter den Teilnehmer(innen) sind diese verbreitet (N_Pau_9:12; E_Atu_40:6; E_Vo_54:16; E_Til_56:9).

Medikamente zum Ein- und Durchschlafen können das Problem manchmal lösen, jedoch haben diese oft Nebenwirkungen und werden von manchen Teilnehmer(innen) nur ungern eingenommen (E_Vau_45:20).

Die Veränderungen des Schlafverhaltens können individuell sein. Dieser Teilnehmer hat ein ungewöhnlich hohes Schlafbedürfnis:

Nach der Einheit ¾ Stunde Gespräch mit Gol: Schon vor 14 Tagen nach der Einheit hat mich später Lukas angerufen, um mich über Gol etwas zu fragen. Das Bedürfnis des Klienten nach einem Gespräch hat sich nicht verringert. Er braucht eine Lösung seiner Situation. Er schläft jeden Tag 10 Stunden und legt sich dann auch noch zu Mittag eine Stunde aufs Ohr. Das empfindet er nicht als normal (ist es auch nicht) Er beschreibt, dass dem Bedürfnis zu schlafen immer ein sehr starker unlösbarer Gedankendruck vorausgehe, das halte eine Stunde an und sei unerträglich und dann schlafe er erschöpft ein. (VP_Gol_67:64)

Nach einer schlechten Nacht mit wenig Schlaf ist der darauffolgende Tag anstrengender und die Aufgaben des Alltages wirken mühsamer als sie ausgeschlafen erlebt werden. Sich müde und antriebslos zu einem neuen Verhalten aufzuraffen, ist demnach schwierig. Dennoch motiviert die Hoffnung auf besseren Schlaf nach dem Sport zur Teilnahme am Bewegungsprogramm: *“I don't sleep, therefore I do sports!” (E_Gol_39:13); „Sie ist nach dem Sport müde, kann besser schlafen, sonst geht es ihr nicht so gut“ (N_Wi_6:8; vgl. E_Vo_54:5; E_Za_63:7).*

5.3 Charakteristika der einzelnen Klassen

In diesem Abschnitt werden die vier Klassen hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Erkennungsmerkmale der zuvor erarbeiteten Faktoren charakterisiert. Es wird der Frage nachgegangen, ob es Faktoren gibt, die den Wesenskern einer Klasse ausmachen.

5.3.1 Dabeibleiber(in)

Die Klasse der Dabeibleiber(in) besteht aus zwei Männern und einer Frau. Gemeinsam haben die drei Personen, dass sie in den Interviews betonen, wie sehr ihnen das Erleben in der Gruppe wichtig ist. Das Wohlfühlen untereinander scheint ihnen Halt zu geben und stellt einen wesentlichen Faktor zur regelmäßigen Teilnahme dar. Einer der Dabeibleiber spricht im Nachgespräch an, dass er keine großen körperlichen Veränderungen spüre, jedoch die Gruppe für ihn sehr bedeutsam sei (ZG_An_68:9; ZG_An_68:1). Als er einen Konflikt mit einem anderen Gruppenmitglied hatte, war dies beinahe ein Grund das Programm abubrechen. Er sprach aus, dass er sich nicht sicher war, daran weiter teilzunehmen, da er sich plötzlich in der Gruppe nicht mehr wohlfühlte (ZG_An_68:1). Obwohl sein

Psychotherapeut die Beobachtungen machte, dass die psychische Gesamtbefindlichkeit dieses Teilnehmers sehr schlecht war und er darunter litt noch keinen positiven Asylstatus erlangt zu haben, nahm er sehr regelmäßig am Bewegungsprogramm teil und profitierte laut den Beobachtungen des Psychotherapeuten auf vielen Ebenen von den Bewegungseinheiten (ZG_An_68:2; ZG_An_68:5; ZG_An_68:3). Der zweite Dabeibleiber in der Männergruppe zeichnet sich durch eine große Sprachbarriere aus. Es sei kaum eine Unterhaltung mit ihm möglich (VP_Dir_41:1). Sein Bruder war ebenso Teilnehmer des Programmes und hat teilweise für ihn übersetzt. Trotz der Sprachbarriere zu den anderen Teilnehmern und den Therapeuten schaffte dieser Teilnehmer eine beachtenswert regelmäßige Teilnahme am Bewegungsprogramm.

Unter den Frauen gab es lediglich eine Dabeibleiberin, die während des Beobachtungszeitraumes ganz regelmäßig an den Bewegungseinheiten teilnahm. Auch sie betonte die Wichtigkeit der Gruppe. Sie berichtete, dass sie viel Spaß hatte und oft lachte (N_Na_11:1). Verständigungsprobleme (N_Na_11:3), Schmerzen und ihre Depression wurden zwar thematisiert, jedoch schienen die positiven Konsequenzenerfahrungen und ihre hohe Ziel-Selbstkonkordanz größer als diese Barrieren gewesen zu sein. Sie nahm selbst Verbesserungen ihrer Symptomatik wahr (N_Na_11:8) und bemerkte ebenso eine sportliche Leistungssteigerung (N_Na_11:5). Die Herausforderungen waren für ihr Empfinden angemessen (N_Na_11:2). Die teilnehmende Psychotherapeutin machte über diese Teilnehmerin ähnliche Beobachtungen. Sie berichtet über eine hohe Selbstkonkordanz, als die Teilnehmerin ihren Deutschkurs verschoben hatte, um am Bewegungsprogramm weiterhin teilnehmen zu können (VP_Na_70:1). Dies spricht für eine intrinsische Motivation der Zielverfolgung. Erwähnenswert ist auch ihre Beziehung zur teilnehmenden Psychotherapeutin. Die Teilnehmerin sucht nach erfolgreicher Bewältigung von Übungen die Bestätigung von ihr mit Blickkontakt (VP_Na_74:2). Die Teilnehmerin zeigt herzlich Zuneigung zur Therapeutin und zeigt sich besorgt, als diese beim Spielen einmal ausrutschte (VP_Na_73:6). Die Teilnehmerin geht auch offen auf neue Teilnehmerinnen zu (VP_Na_74:3). Obwohl manchmal sichtliche Stimmungsschwankungen beobachtbar sind, wird oftmals von positiver Ausstrahlung, Freude und Spaß berichtet (VP_Na_82:2). Bei vielen koordinativen Übungen und neuen Bewegungsaufgaben ist die Teilnehmerin zu Beginn überfordert und fühlt sich anfänglich bei neuen Herausforderungen beschämt. In solchen Situationen beobachtet sie lieber vorsichtig die anderen Teilnehmerinnen bevor sie es selbst ausprobiert (VP_Na_75:4). Große Sicherheit empfindet sie bei

Kraftübungen, die regelmäßig in der Gruppe gemacht werden. Hier macht sie auch gerne einmal ungefragt zusätzliche Wiederholungen und hat sichtlich Freude daran (VP_Na_77:2; VP_Na_83:5). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die sozialen Aspekte des Bewegungsprogrammes eine große Rolle für die regelmäßige Teilnahme spielen. Die Beziehung zu den anderen Teilnehmerinnen sowie zu den Therapeuten sind ausschlaggebend.

5.3.2 Frühabbrecher(in)

Diese Gruppe stellt mit 31 Personen die größte Gruppe dar. Eine hervorstechende Gemeinsamkeit unter den Frühabbrecher(innen) ist die starke Symptomatik der PTBS. Zudem ist ihre Lebenssituation durch große Instabilität gekennzeichnet. Unwissenheit darüber, ob sie in Wien bleiben dürfen, erschweren die Lebensgestaltung (E_Zu_57:1).

Beim Erstgespräch werden von den Teilnehmer(innen) häufig die traumatischen Ereignisse thematisiert. Die Foltererlebnisse sind für die Betroffenen nach wie vor ein im Vordergrund stehendes und sehr präsent Thema, auf das sie schnell zu sprechen kommen (E_Gu_62:11; E_Zu_57:2; E_Ak_42:3). Erinnerungen an das Trauma bestimmen den Alltag. Damit einhergehend sind psychosomatische (Spannungs-)Schmerzen. Viele Teilnehmer dieser Klasse werden von den Therapeut(innen) als orientierungslos und verwirrt beschrieben (E_Zu_57:6). Dies könnte zum Teil eine Nebenwirkung der schweren Medikamente sein (E_Giz_66:2; E_Gu_62:3; E_Zu_57:5; E_Zir_46:2; E_Atu_40:6; E_Ak_42:4). Permanente Ängste und Sorgen zählen ebenso zu den Gemeinsamkeiten der Frühabbrecher(innen) (E_Giz_66:6; E_Gu_62:1). Viele von ihnen berichten, dass sie alleine sind und unter der Trennung von ihrer Familie stark leiden. Sorgen um die Familie, Einsamkeit und Isoliertheit stellen große Belastungen dar (E_Zir_46:9; E_Bo_60:9). Der Konsum von Drogen wie Alkohol, Marihuana und Zigaretten werden von den Therapeut(innen) bei manchen Teilnehmer(innen) als Strategie gegen Stress vermutet (E_Zo_63:11; E_Ge_59:1; E_Zu_57:3).

5.3.3 Spätabbrecher(in)

Die Klasse Spätabbrecher(in) ist mit 2 Personen die kleinste. Leider wurden mit diesen zwei Personen keine Interviews durchgeführt. Aus den Beobachtungen ließ sich lediglich feststellen, dass Herr Tes oftmals desorientiert war und durch seine geringen Deutschkenntnisse einer großen Sprachbarriere ausgesetzt war (VP_Tes_67:54). Nichtsdestotrotz sind beide Männer bis in die zweite Hälfte (Woche

10 bis 18) sehr regelmäßig gekommen und haben in der zweiten Hälfte des Interventionszeitraumes abgebrochen.

5.3.4 Fluktuierer(in)

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen die Fluktuierer(innen). Sie machen in etwa ein Drittel der Stichprobe aus. Auf den ersten Blick unterscheiden sie sich von den Frühabbrecher(innen) hinsichtlich der Faktoren nicht wesentlich. Auch in dieser Klasse sind die Symptome der PTBS intensiv vorhanden und beeinträchtigen den Alltag maßgeblich. Wiederkehrende Erinnerungen an das Trauma (E_Bir_65:4; E_Bir_65:6; E_Gol_39:10; E_Til_56:7), Depressionen (E_Gol_39:10) und die Einnahme schwerer Medikamente (E_Bir_65:4) charakterisieren den Zustand dieser Personen. Anschaulich ist hier der Fall von Frau Nes. Sie hat regelmäßig stationäre Aufenthalte aufgrund ihrer schweren psychischen Krisen, trotzdem schafft sie es wieder und wieder zum Bewegungsprogramm zu kommen, wenn auch unregelmäßig (N_Nes_7:5). Wesentliche Förderfaktoren, welche ihren Barrieren entgegenstehen sind die positiven Konsequenzenerfahrungen. Sowohl die aufbauenden Erlebnisse im Bewegungsprogramm, sowie allgemeine positive Vorerfahrungen mit Sport in der Vergangenheit scheinen für sie ein Motor zu sein. Beispielsweise erlebte Frau Nes, dass sie nach dem Sport besser schlief (N_Nes_7:7) und sich ihre Stimmung durch den Sport aufhellte (N_Nes_7:8). Die Erfahrung ihre eigenen inneren Widerstände erfolgreich überwinden zu können, etwa wenn sie müde war und trotzdem teilnahm, haben ebenso positive Auswirkungen auf die Zielverfolgung (N_Nes_7:1). Hier in diesem Fall ist ihr Ziel die regelmäßige Teilnahme am Bewegungsprogramm.

Ähnliche Beobachtungen wurden bei den restlichen Fluktuierer(innen) gemacht. Herr Bir erlebt Bewegung als wertvolle Methode Stress zu reduzieren. Er geht regelmäßig tanzen (E_Bir_65:5). Auch Herr Gol weiß, dass er nach dem Sport besser schläft (E_Gol_39:13). Herr Til hatte bereits in der Vergangenheit positive Erfahrungen mit Sport und Bewegung gesammelt. Dieser hat für ihn daher einen hohen Stellenwert (E_Til_56:8). Werden die positiven Veränderungen auf das mentale Erleben (E_Dro_55:10; N_Pau_9:7) sowie auf körperliche Symptome (N_Pau_9:6) bewusst erfahren, ist die Anstrengungsbereitschaft beim nächsten Termin wieder teilzunehmen größer.

Vergleichbar mit den Dabeibleiber(innen) ist auch bei den Fluktuierer(innen) das soziale Erleben in der Gruppe sehr wichtig (N_Pau_9:1). Herr Til sagt: „er habe außerdem einen Freund, der schon am Sportprogramm teilnehme. Er habe ihm

schon viel vom Ablauf erzählt“ (E_Til_36:5). Auch Frau Pau berichtete, dass sie im Bewegungsprogramm neue Freundschaften geschlossen habe und dass die Gruppe für sie eine Art Familie sei (N_Pau_9:11).

Begeisterung für die sportlichen Inhalte des Programmes sind mit Sicherheit ebenso Förderfaktoren und mitverantwortlich für das regelmäßige Überwinden von inneren und äußeren Barrieren. Die Zufriedenheit mit den sportlichen Inhalten wurde in der Gruppe der Fluktuierer(innen) mehrmals ausgedrückt (N_Uni_10:3; N_Uni_10:7). Kennzeichnend für die Gruppe der Fluktuierer(innen) sind also ähnlich wie bei den Frühabbrecher(innen) die Schwere ihrer Symptome durch die Traumatisierung und die ungünstigen Umstände auf der Flucht zu leben. Von Bedeutung sind hier jedoch die gegenüberstehenden zahlreichen positiven Erfahrungen und Erwartungen mit Sport und der sozialen Komponente des Bewegungsprogrammes.

6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Faktoren und Barrieren, welche die regelmäßige Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ bestimmen. Dieser qualitativen Auseinandersetzung ging eine Analyse des Teilnahmeverhaltens voraus. Anhand von Anwesenheitsaufzeichnungen für den Interventionszeitraum wurden die Teilnehmer(innen) im Nachhinein vier Verhaltensklassen zugeteilt: Dabeibleiber(in), Frühabbrecher(in), Spätabbrecher(in), Fluktuierer(in). Beinahe jede dritte Person zeigt ein fluktuierendes Teilnahmeverhalten. Diese Analyse bestätigte die, von den Therapeut(innen) bereits oftmals wahrgenommene Problematik, dass ein Großteil der Teilnehmer(innen) stark unregelmäßig am Bewegungsprogramm teilnahm. Zur langfristigen Verbesserung der Symptome ist jedoch eine regelmäßige Teilnahme unabdingbar. Aus diesem Grund wurde eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren durchgeführt, um zukünftig diesem Phänomen entgegenwirken zu können. Dabei geht es um Einflussfaktoren, die auf die Umsetzung von gefassten Intentionen in die Tat wirken. Welche Faktoren erklären dieses Phänomen der fluktuierenden Teilnahme am Bewegungsprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ bei folter- und kriegsüberlebenden Flüchtlingen? Was sind die Gründe für Dropout und unregelmäßige Teilnahme? Welche dieser Faktoren sind generell und welche in Abhängigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei folter- und kriegsüberlebenden Personen?

Die Faktoren, welche das Phänomen der fluktuierenden Teilnahme erklären, sind vielfältig. Auf der Basis von ähnlichen Untersuchungen wurden in der vorliegenden Arbeit im Zuge der qualitativen Analyse vier Hauptkategorien dieser Einflussfaktoren gebildet. Dabei greift die Hauptkategorie „volitionale Komponenten“ die theoretischen Konstrukte von Modellen aus der Verhaltenspsychologie auf, welche Einfluss auf die Umsetzung der zuvor gefassten Intention am Bewegungsprogramm teilzunehmen haben. Die Bildung einer Intention zur regelmäßigen Teilnahme, sowie die Qualität dieser Motivation sind wesentlich für die Ausdauer und das Engagement, mit der dieses Ziel verfolgt wird.

Dass in einem Setting in dem Sport und Bewegung als Therapieform eingesetzt wird, bei vielen Teilnehmer(innen) eine identifizierte Motivation vorzufinden ist, trifft die Erwartungen. Psychotherapeut(innen) oder andere Betreuer(innen) des Vereines Hemayat empfehlen ihren Klient(innen) das Bewegungsprogramm und betonen im Idealfall die möglichen positiven Wirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit. Nimmt eine Person nun am Bewegungsprogramm teil, kann es sein, dass sie zwar nicht wegen des Sports selbst kommt, jedoch wegen der erhofften positiven

Wirkungen auf die geistige und körperliche Gesundheit. Der Wunsch einen erträglichen Umgang mit den Symptomen zu finden und somit die Lebensqualität zu verbessern stimmt mit den eigenen Werten und Bedürfnissen überein. Die Motivation zur Teilnahme am Bewegungsprogramm ist also für einige Teilnehmer(innen) grundsätzlich etwas von außen Gegebenes, jedoch bringt die Identifikation mit den erhofften Wirkungen das Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung. Eindeutig intrinsisch oder extrinsische Regulationen stellten unter den Teilnehmer(innen) die seltene Ausnahme dar (VP_Til_67:54; VP_Da_67:14). Für die Praxis bedeutet dies, dass das Wissen über die Wirkung vermittelt werden soll. Wenn im Einstieg die identifizierte Motivation antreibt, ist es ein langfristiges Ziel, dass sich die Motivation in eine intrinsische Richtung entwickelt. Dies könnte gelingen, indem man immer wieder bewusst Raum für Freude und positive Erlebnisse schafft, diese im Anschluss gemeinsam reflektiert und die Aufmerksamkeit der Teilnehmer(innen) bewusst darauf lenkt. Im Idealfall gelingt es den Therapeut(innen) einen Rahmen zu schaffen, in dem die Teilnehmer(innen) im sportlichen Tun ganz und gar aufgehen. Dergleichen Erfahrungen wären die beste Basis, um langfristig intrinsisch für Sport und Bewegung motiviert zu sein.

Eine hohe Gewichtung hat mit Sicherheit die erlebte soziale Unterstützung. Durch die Interviews und Beobachtungen wurde verstärkt die erlebte soziale Unterstützung, welche im Bewegungsprogramm erlebt wurde, erhoben. Funktionierende und freudvolle Beziehungen zu anderen Teilnehmer(innen) und zu den Therapeut(innen) tragen sicherlich zur regelmäßigen Teilnahme bei. Interessant in diesem Zusammenhang wäre jedoch auch gewesen, wie die soziale Unterstützung von Familie beziehungsweise Freund(innen) oder womöglich auch der erlebte Mangel davon erlebt wird. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit leider kaum erhoben.

Erhoffen sich die Teilnehmer(innen) konkrete Verbesserungen von Symptomen durch den Sport oder haben sie diese vielleicht in der Vergangenheit bereits erlebt oder beobachtet, kann dies ein großer Motor sein. Diese positiven Konsequenzerwartungen und -erfahrungen spielen auch eine wichtige Rolle für die regelmäßige Überwindung von inneren Widerständen sich für die Teilnahme zu motivieren. Die Teilnehmer(innen) berichten vielfältig davon. Diese Faktoren fließen ineinander über. Werden eigene Widerstände überwunden, fördert dies auch die Selbstwirksamkeitserwartung. Die Teilnehmer(innen) erleben sich dann selbst als kompetent und den Anforderungen gewachsen. Die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen werden als ausreichend erlebt. Natürlich stehen diesen positiven Ausprägungen dieser Konstrukte auch negative gegenüber. Befürchtet eine Person beispielsweise, dass Schmerzen nach dem Sport größer sind oder dass man sich bei neuen Bewegungen leicht verletzen kann, wirken

diese negativen Konsequenzerfahrungen ebenso in den volitionalen Prozess mit ein. Hat die Person womöglich in der Vergangenheit bereits die Erfahrung gemacht, dass sich ihr allgemeiner Zustand durch das Bewegen oder beispielsweise Stresssituationen in der Gruppe verschlechtert, dann kann dies in Abbruch oder spontanen Absagen resultieren.

Faktoren, die im engen Zusammenhang mit dem Rahmen des Bewegungsprogrammes stehen, wurden in eine weitere Hauptkategorie zusammengefasst. Die Verständigung während der Bewegungseinheiten stellt hier einen wesentlichen Aspekt dar. Das Erleben von Sprachbarrieren wurde sowohl von den Teilnehmer(innen) als auch von den Therapeut(innen) häufig thematisiert. Es wird als unangenehm empfunden nicht verstanden zu werden. Die eingeschränkte Möglichkeit auf spontanen Austausch kann frustrierend sein. Missverständnisse und mühevoll Dialoge erschweren den Beziehungsaufbau. Die gemeinsame verbale Reflexion nach Übungen und Erlebnissen ist dadurch auch nur bedingt möglich. Manche Teilnehmer(innen) sind dadurch leider aufgrund der Sprache vollständig von diesen kurzen Gesprächsrunden ausgeschlossen. Übungen zur Entspannung und Meditation sind für einige Teilnehmer(innen) nicht möglich, weil sie die Instruktion dafür nicht verstehen können. Daher sind die Möglichkeiten für die Übungswahl eingeschränkt. Aus der Perspektive der Teilnehmer(innen) ist es verständlich, dass die Motivation zur Teilnahme sinkt, wenn man das Gefühl hat aufgrund der Sprache nicht wirklich mitmachen zu können. Womöglich fragen sich die Betroffenen, ob es dann überhaupt Sinn macht zu kommen oder es löst bei manchen Schamgefühle aus, weil die Sprache Deutsch noch nicht besser beherrscht wird. Beides sind hinderliche Faktoren für eine regelmäßige Teilnahme. Es ist besonders wichtig, dass sich alle Therapeut(innen) mit dem Thema Sprache intensiv beschäftigen und über die eigene Kommunikation reflektieren. Nonverbale Anteile wie Gestik und Mimik gewinnen in diesem Zusammenhang besonders große Bedeutung. Für die Übungsauswahl ist dieser Aspekt ebenso zu berücksichtigen. Beispielsweise könnten Gruppenübungen für deren Erfolg verbale Kommunikation zwischen den Teilnehmer(innen) einen wesentlichen Erfolgsfaktor darstellen, höchst unangenehm und bloßstellend für den oder diejenige sein, die aufgrund der Sprache Schwierigkeiten haben.

Fälschlicherweise wurde im Vorfeld die Annahme getroffen, dass die Lage des Sportzentrums, in dem das Bewegungsprogramm stattfand, für manche eine große Barriere darstellt. Es wurde davon ausgegangen, dass eine lange Anreise sich besonders schlecht auf die Teilnahme auswirke. Dies wurde soweit jedoch nicht bestätigt. Obwohl manche Teilnehmer(innen) quer durch Wien zu den Bewegungseinheiten anreisen, wurde dies kaum erwähnt und nicht als Schwierigkeit thematisiert. Dennoch besteht die Vermutung, dass für Teilnehmer(innen), die aufgrund der PTBS oftmals abschweifen und

durch die Einnahme von schweren Medikamenten verwirrt und orientierungslos sind, besonders in der Anfangsphase die Anreise eine Barriere darstellt.

Die wohl schwerwiegendsten Faktoren, welche eine regelmäßige Teilnahme stören, wurzeln in den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung. Ein schlechter mentaler Allgemeinzustand wirkt sich besonders negativ auf die Regulierungsfähigkeit aus, welche jedoch für eine erfolgreiche Überwindung des inneren Schweinehundes notwendig wäre. Schmerzen, negative Gedankenkreisen, Sorgen, Ängste, Schlafmangel – all diese Symptome beeinflussen sich gegenseitig und führen zu einer ausgesprochen schlechten Basis für eine erfolgreiche Überwindung von inneren Widerständen.

Ganz eng verstrickt mit diesen Aspekten sind die Faktoren der besonderen Lebensumstände nach der Flucht - entwurzelt von seiner Heimat, fremd in einem neuen Land mit neuer Kultur und Sprache. Alle Schwierigkeiten, die mit diesem Umstand einhergehen, beeinflussen sich stark gegenseitig und bilden ein komplexes Zusammenspiel von großen Herausforderungen. Manche lassen sich eindeutig als Barriere zur regelmäßigen Sportteilnahme identifizieren, wie beispielsweise die niederschmetternde Angst oder Trauer um Nahestehende, manch andere beeinflussen die Teilnahme vielleicht nur indirekt und subtil, wie beispielsweise die Niedergeschlagenheit aufgrund erfolgloser Arbeits- oder Wohnungssuche.

Natürlich sind auch gesunde und verwurzelte Menschen mit motivationalen Herausforderungen konfrontiert und können schwierige Zeiten und individuelle Herausforderungen durchleben, in denen es schwer fällt, körperlich aktiv zu sein beziehungsweise langfristig bei einem Bewegungsprogramm dabei zu bleiben. Das Besondere der Zielgruppe ist jedoch das Zusammentreffen von so vielen ungünstigen Umständen und die Verstrickung der Probleme ineinander. Die Verarbeitung von psychischen Traumata in Kombination mit den höchst instabilen Lebensumständen und den Hürden, denen geflohene Menschen in Westeuropa begegnen, stellt eine ausgesprochen schwierige Basis dar für eine regelmäßige Umsetzung des gewünschten Zielverhaltens.

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Aus den gewonnenen Einblicken lassen sich konkrete Hinweise und Empfehlungen für die Praxis ableiten, um dem Phänomen der fluktuierenden Teilnahme entgegenwirken zu können:

- Kommunikation: einerseits sollen die Teilnehmer(innen) ermutigt werden selbst zu sprechen, andererseits sollten Übungsformen und Spiele vermieden werden, bei

denen man aufgrund der Sprache ausgeschlossen oder bloßgestellt werden könnte. Bei Übungen, bei denen die verbale Instruktion unvermeidbar ist, beispielsweise bei Phantasiereisen oder geleiteten Meditationen, könnten denjenigen Personen, deren Deutschkenntnisse fürs Mitmachen zu gering sind, Kopfhörer mit Instruktionen in ihrer Muttersprache zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren ist es für die Therapeut(innen) wichtig, dass sie über ihre Kommunikation regelmäßig reflektieren und sich bewusst machen, wie wichtig ihre nonverbale Körpersprache während der Bewegungseinheiten ist.

- Ein sensibler Umgang mit Religion und Kultur ist von allen Beteiligten gefragt. Verständnis für Unterbrechungen wegen Gebeten soll gezeigt und gegebenenfalls vor der Gruppe angesprochen werden. Flexibilität für spontane Veränderungen in der Gruppengröße ist hier von den Therapeut(innen) gefragt. Die Teilnehmer(innen) sollen weder in einen inneren Konflikt zwischen Gebetspflicht und Sport kommen, noch aufgrund der Gebetszeiten nicht zum Bewegungsprogramm kommen. Ein Kompromiss wäre hier eine angemessene Lösung.
- Im Fastenmonat Ramadan ist es sinnvoll zu wissen, welche Teilnehmer(innen) fasten. Vor allem jene Teilnehmer(innen), die konsequent auf das Trinken verzichten, sollen nicht überfordert werden. Die Intensität muss individuell angepasst werden. Vor allem an heißen Tagen, ist das Risiko einer gesundheitsschädlichen Dehydrierung gegeben. Der Körper ist dann nicht durch intensiven Sport belastbar. Auch hier kann betont werden, dass das Fasten trotzdem mit dem Bewegungsprogramm vereinbar ist, sofern man gute Mittelwege findet. Rücksichts- und verständnisvoll kann das Thema in der Gruppe angesprochen und gelöst werden. Beispielsweise können jene Personen trotzdem in Gruppenaktivitäten eingebunden werden, auch wenn sie sich dabei körperlich nicht anstrengen müssen.
- Für positive Konsequenzerwartungen ist das Wissen über die vielfältige Wirkung von Bewegung hilfreich. Je mehr die Teilnehmer(innen) darüber wissen, auf welchen Ebenen ihnen das gemeinsame Bewegen helfen kann, desto stärker sind ihre positiven Konsequenzerwartungen. Diese tragen zu einer Aufrechterhaltung der Sportteilnahme bei. Dieses Wissen kann sowohl während der Übungen, aber auch bei Gesprächen vor und nach der Bewegungseinheit in der Gruppe aber auch im beiläufigen Dialog vermittelt werden.

- Die Ziele der Teilnehmer(innen) sollen vor Beginn der Therapie festgelegt werden. Im Idealfall werden diese schriftlich festgehalten und im Laufe des Bewegungsprogrammes thematisiert und gegebenenfalls überarbeitet.
- Die Teilnehmer(innen) sollen ermutigt werden sich über ihre soziale Unterstützung Gedanken zu machen. Wer unterstützt sie? Kann man diese Unterstützung forcieren? Können beispielsweise Fahrgemeinschaften zum Bewegungsprogramm geschlossen werden?
- Zur Förderung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit soll der Rahmen für Erfolgserlebnisse geschaffen werden. Das Augenmerk kann auf die persönlichen Stärken und Kompetenzen gerichtet werden. Im Idealfall stellen die Bewegungsaufgaben eine gute Herausforderung dar. Starke Über- und Unterforderungen sollen weitestgehend vermieden werden. Anpassungen an individuelle Anforderungen und spontanes Reagieren der Therapeut(innen) sind dazu notwendig.
- Es soll zur Reflexion über die persönlichen Barrieren angeregt werden. Therapeut(innen) können zur Selbstbeobachtung ermutigen, um die Identifikation von Barrieren zu fördern. Weiterführend können Strategien entwickelt werden, wie mit diesen Barrieren umgegangen werden kann. Funktionierende Strategien könnten in der Gruppe besprochen werden.
- Die Teilnehmer(innen) sollen beim Programminhalt aktiv mitgestalten dürfen. Wünsche und Anregungen sollen in einem angemessenen Ausmaß berücksichtigt und umgesetzt werden. Wohlbefinden, Selbstbestimmung und das Gefühl von Eingebundenheit können dadurch gestärkt werden. Hat man das Gefühl, dass persönliche Vorlieben berücksichtigt werden, kann dies zur größeren Identifikation mit der Sache beitragen.
- Sensibilität für das Thema Schmerzen ist von allen Beteiligten gefragt. Ein Großteil der Teilnehmer(innen) ist regelmäßig von Schmerzen betroffen. Chronische Schmerzen sind in der Zielgruppe weitverbreitet. Rücksicht und Empathie gegenüber der Betroffenen bilden die Basis für einen angemessenen Umgang mit Schmerzen. Es kann von den Teilnehmer(innen) gelernt werden diese zu akzeptieren und mit Behutsamkeit zu integrieren. Die Intensität der Belastung kann individuell angepasst werden, sodass sie trotz Einschränkung angemessen gefordert und sich ihre Fähigkeiten weiterentwickelt werden können. Die eigenen Grenzen bewahrend und respektierend soll versucht werden, inwieweit man eine persönliche Lösung für die Aufgabe findet. Eine differenzierte Wahrnehmung der unterschiedlichen Schmerzqualitäten, sowie individuelle Reiz-Reaktionen können

in einem kontrollierten Rahmen erkundet werden. Ein Ziel wäre es, persönliche Strategien zu entwickeln, mit denen die Betroffenen trotz der Schmerzen Aufgaben bewältigen können. Die Flexibilität der Therapeut(innen) ist auch hier gefragt. Anpassungen von Übungen und Übungssettings sollen spontan vorgenommen werden können.

- Generell soll eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden, in der sich die Teilnehmer(innen) wohl fühlen und das Gefühl haben von individuellen Einschränkungen erzählen zu können. Beispielsweise soll bei Schlafmangel gesagt werden können, dass man müde und nicht voll belastbar sei anstelle einer Absage aus Furcht vor heillosen Überforderung oder Bedenken nicht uneingeschränkt mitmachen zu können. Es soll vermittelt werden, dass auch eine abgeschwächte Teilnahme ok und gut sei.
- Besonders in der Anfangsphase soll die Anreise möglichst gut unterstützt und erleichtert werden. Viele der Teilnehmer(innen) leiden unter Verwirrungszuständen und Orientierungslosigkeit. Eine exakte Wegbeschreibung, einfache Treffpunkte, Unterstützung bei Fahrgemeinschaften und die Ermutigung bei Schwierigkeiten anzurufen können beispielsweise eine Erleichterung sein. Bei Verständigungsproblemen kann im Vorfeld mit Dolmetschen gearbeitet werden.

6.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Im folgenden Abschnitt wird über die Qualität des Forschungsprozesses reflektiert und auf die Limitation der vorliegenden Arbeit eingegangen.

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es für qualitativ-methodische Vorgehen in der Forschung keine allgemein gültigen Gütekriterien, jedoch vorgeschlagene Aspekte, die es zu berücksichtigen gilt, um die Güte der Forschung zu gewährleisten (Steinke, 2010).

Die Transparenz während des Forschungsprozesses wurde eingehalten indem der gesamte Prozess dokumentiert und dargelegt wurde. Für die Datenproduktion gab es zu Beginn der Forschungsintervention eine Einführung in welcher Form die Dokumentation über die Beobachtungen angefertigt werden sollen. Die Interviews wurden von Expertinnen durchgeführt, welche sich über soziale Dynamiken weitgehend bewusst sind. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass im gesamten Forschungsprozess großer Wert auf die Anonymität der Teilnehmer(innen) gelegt wurde.

Die Subjektivität bei der Deutung der sozialen Wirklichkeit der Teilnehmer(innen) ist Teil des Erkenntnisprozesses und der qualitativen Forschung innewohnend. Dennoch kann eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit als Pendant zur Objektivität in der quantitativen Forschung angestrebt werden. Diskurse mit dem Projektleiter, welcher durch jahrelange

Erfahrung in diesem Bereich ein großes Gegenstandsvorverständnis besitzt, sowie eine Präsentation vor einer Expertenrunde mit anschließender Diskussion der Forschungsarbeit trugen zu einer größeren intersubjektiven Übereinstimmung bei. Dennoch wäre im Nachhinein betrachtet ein umfangreicherer Diskurs im Forschungsteam über die unterschiedlichen Betrachtungs- und Interpretationsweisen möglich und anstrebenswert gewesen.

Da auch kulturell geprägte Subjektivität in die Interpretation miteinfließt sind unterschiedliche Verzerrungen möglich. Der oder die Untersuchungspartner(in) und der oder die Forscher(in) stammen aus unterschiedlichen Kulturen und sprechen eine unterschiedliche Muttersprache. Das Erleben, die Interpretation und die Schlussfolgerungen können durch diese Unterschiede beeinflusst und verzerrt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Sprachen fand die Verständigung daher zumeist unter erschwerten Bedingungen statt und es bestand immer das erhöhte Risiko auf Lücken im gemeinsamen Verständnis.

Die hohe Qualität der Beziehung zwischen Therapeut(innen) und Teilnehmer(innen) lassen eine gute Vertrauensbasis vermuten, welche eine gute Voraussetzung für die Offenheit gegenüber schwierigen und persönlichen Themen ist. Andererseits bedeuten diese vertrauensvollen Beziehungen ein erhöhtes Risiko für die Verzerrung von Antworten und Verhalten aufgrund der sozialen Erwünschtheit.

Die Befragungen vor und nach dem Interventionszeitraum erheben nur Faktoren, die den Teilnehmer(innen) zum Zeitpunkt des Interviews bewusst waren und die ihnen in Erinnerung blieben. Zum Zeitpunkt des Nachgesprächs liegen Absagen teilweise monatelang zurück. Manche spontanen Gründe werden womöglich vergessen oder treten gar nicht in bewussten Zusammenhang mit der Absage am Bewegungsprogramm. Der zeitliche Abstand zwischen dem Auftreten des zu untersuchenden Phänomens und der Rekonstruktion liegen weit auseinander und begünstigen eine Verzerrung durch das Gedächtnis. Situative Barrieren, welche unmittelbar vor der Bewegungseinheit auftauchen, werden so nur zum Teil erfasst. Um dieses Problem zu lösen, könnte man am selben Tag noch direkt nach der Bewegungseinheit die nicht erschienene Person anrufen und sie zu den Motiven und Umständen befragen, die sie davon abgehalten haben zur Bewegungseinheit zu erscheinen. Diese Erhebung wäre zeitnah am zu untersuchenden Gegenstand, wenngleich der Aufwand enorm wäre. Für eine tiefgründige Reflexion über das jeweilige Verhalten wären für solche Gespräche sicherlich Dolmetscher(innen) sinnvoll.

Um die Umsetzung der Intention in die Tat untersuchen zu können, ist eine vorangegangene Bildung der Intention zur regelmäßigen Teilnahme Voraussetzung. Diese wird in der Theorie zu den motivationalen Prozessen gezählt, die darauffolgende Umsetzung dieser Intention zu den volitionalen. Manche der Teilnehmer(innen) sind beim Erstgespräch schon sehr zögerlich. Eine Probandin sagt sogar deutlich, dass sie nicht glaubt, regelmäßig zu kommen. Hier wurde vermutlich schon nicht einmal eine Absicht zur regelmäßigen Teilnahme gebildet. Streng genommen würde es hier beim Thema der vorliegenden Arbeit keinen Sinn machen, diese Proband(innen) einzuschließen, da der Ursprung des Nicht-Erscheinens womöglich daran liegt, dass die Person nie wirklich vorhatte, regelmäßig am Bewegungsprogramm teilzunehmen (E_Dif_3:3).

Interessant für zukünftige Untersuchungen zu dieser Thematik wäre eine vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen Aspekten des fluktuierenden Teilnahmeverhaltens. Die tatsächlichen Prozesse, die unmittelbar vor der Entscheidung zwischen Teilnahme oder Nicht-Teilnahme ablaufen, könnten genauer untersucht werden. Eine zeitnähere Erhebung zu den Absagen wäre dabei ratsam.

Literaturverzeichnis

- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2006). *Motivation und Handeln: Motivation und Volition im Handlungsverlauf*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Allmer, H. (2002). „Soll ich oder soll ich nicht?“ - *Sportengagement als Aktivitäts-Inaktivitäts-Zyklus*. St. Augustin : Academia Verlag
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Baumeister, R. F., & Tierney, J. (2012). Willpower: Rediscovering the greatest human strength. *The Journal of Positive Psychology*, 7(5), 446-448.
- Biddle, S. J., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Broocks A. (2010) Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. In: Braumann KM., Stiller N. (eds) *Bewegungstherapie bei internistischen Erkrankungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (2002). *Leben nach dem Trauma: über den psychotherapeutischen Umgang mit dem Entsetzen* (Vol. 125). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC psychiatry*, 8(1), 33.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*, 31(7), 1237-1247.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors*. p3-24. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-1934-2_1
- Duan, Y., Brehm, W., Wagner, P., Chung, P.-K., Graf, S., Zhang, R., & Si, G. (2015). Transition to adulthood: Relationships among psychosocial correlates, stages of change for physical activity, and health outcomes in a cross-cultural sample. *Journal of Physical Activity and Health*, 12(11), 1461-1468.
- Duan, Y., Lippke, S., Zhang, R., Brehm, W., & Chung, P.-K. (2016). Testing the validity of a stage assessment on health enhancing physical activity in a chinese university student sample. *BMC public health*, 16(1), 260.
- Elbert, T., Wilker, S., Schauer, M., & Neuner, F. (2017). Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. *Der Nervenarzt*, 88(1), 26-33.
- Emerson, D. & Hopper, E. (2011). *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body*. Berkeley California: North Atlantic Books.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Krankheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (Vol. 4. Auflage). München/Basel: Reinhardt.
- Fuchs, R. (2001). Entwicklungsstadien des Sporttreibens. *Sportwissenschaft*, 31(3), 255-281.

- Fuchs, R., Seelig, H., & Kilian, D. (2005). Selbstkonkordanz und Sportteilnahme: Eine clusteranalytische Unterscheidung verschiedener Formen des Dabeibleibens und Abbrechens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(3), 126-138.
- Geiser, F. (2014). Krankheitserfahrung als Psychotrauma. *Leidfaden*, 3(1), 50-53.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26.
- Gollwitzer, P. M. & Malzacher, J. T. (1996). Absichten und Vorsätze. In J. Kühl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung* (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Ser. 4, Motivation und Emotion, Bd. 4, S. 427–468). Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Hogrefe.
- Harter, W. (2010). Systematische Medizinische Trainingstherapie. *Manuelle Medizin*, 48(5), 353-359.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M., & Weinert, F. E. (2013). *Jenseits des Rubikon: der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer-Verlag.
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- ICD-Code. (2018). Zugriff am 27.07.2018 unter <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=Sf43>
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. *Trauma and its wake*, 1, 15-35.
- Kahlert, D. (2015). Maintenance of physical activity: Do we know what we are talking about? *Preventive medicine reports*, 2, 178-180.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-therapie*: Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kläerner, Andreas (2002). Rezension zu: Roland Girtler (2002). Methoden der Feldforschung [24 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 3(4), Art. 27, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0204271>.
- Koch, S. C., & Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatised refugees. An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 289-296.
- Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P., & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 169.
- Krämer, L., & Fuchs, R. (2010). Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 18. Seiten 170-182. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000026>
- Kuhl, J., & Heckhausen, H. (1996). *Motivation, Volition und Handlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lamnek, Siegfried (2006): *Qualitative Sozialforschung*. Lehrbuch. Weinheim, München, 298–328, 547–640.
- Lee, I.-M., & Paffenbarger Jr, R. S. (2000). Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity: the Harvard Alumni Health Study. *American journal of epidemiology*, 151(3), 293-299.

- Ley, C., Lintl, E., & Movi Kune Team. (2014). 'Movi Kune – gemeinsam bewegen'. *Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden. Spectrum der Sportwissenschaften*, 26(2), 71–9.
- Lippke, S. & Kalusche, A. (2007). Stadienmodelle der körperlichen Aktivität. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.). *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils*. Göttingen: Hogrefe.
- Lippke, S., & Ziegelmann, J. P. (2006). Understanding and modeling health behavior: the multi-stage model of health behavior change. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 37-50.
- Maier, B. (2012). *Menschenrechtsethos im Sport. Wissenschaftliche Enquete zu Fragen der Sportethik*. Purkersdorf: Verlag Brüder Hollinek.
- Marcus, B. H., & Forsyth, L. H. (2009). *Motivating people to be physically active*. Leeds: Human Kinetics.
- Mayring P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G., Mruck K. (eds) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Moser, C. & Frey, C. (2008). *Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- NEUNER, Frank, Thomas ELBERT, Maggie SCHAUER, 2011. *Narrative exposure therapy : a short-term intervention for traumatic stress disorders*. 2., rev. and expanded ed.. Hogrefe. ISBN 978-0-88937-388-4.
- Nitsch, J. R. (1986). Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. *Einführung in die Sportpsychologie. Teil, 1*, 188-270.
- Paffenbarger Jr, R. S., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I.-M., Jung, D. L., & Kampert, J. B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England journal of medicine*, 328(8), 538-545.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard & C., King, A. C. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 273(5), 402-407.
- Rezaie, L., Shafaroodi, N., & Philips, D. (2017). The barriers to participation in leisure time physical activities among Iranian women with severe mental illness: A qualitative study. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 171-177.
- Rhodes, R. E., Plotnikoff, R. C., & Courneya, K. S. (2008). Predicting the physical activity intention–behavior profiles of adopters and maintainers using three social cognition models. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(3), 244-252.
- Rodgers, W. M., Hall, C. R., Duncan, L. R., Pearson, E., & Milne, M. I. (2010). Becoming a regular exerciser: Examining change in behavioural regulations among exercise initiates. *Psychology of sport and exercise*, 11(5), 378-386.
- Rosenbaum, S., Stubbs, B., Ward, P. B., Steel, Z., Lederman, O., & Vancampfort, D. (2015). The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 64(8), 926-933.
- Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 230(2), 130-136.

- Schauer M (2016) The Mass Refugee Movement – Better Reframed as Mental Health Crisis?. Global Perspectives of the International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS StressPoints, a quarterly eNewsletter. 1.
- Schüle, K., & Huber, G. (2012). *Grundlagen der Sport-und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Shang, B., Duan, Y., Huang, W. Y., & Brehm, W. (2018). Fluctuation—a common but neglected pattern of physical activity behaviour: An exploratory review of studies in recent 20 years. *European journal of sport science*, 18(2), 266-278.
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of personality and social psychology*, 76(3), 482.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.
- Steinke, Ines (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (9. Auflage, S. 319–331). Reinbek: Rowohlt.
- UNHCR. (1953). *Genfer Flüchtlingskonvention und New Yorker Protokoll*. Genf: UNHCR.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). Traumatic stress. *New York: Guilford*.
- Van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014a). Original research yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 75(6), e559-e565.
- Van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014b). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 75(6), e559-565.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.....	266
Tabelle 2.....	2929
Tabelle 3.....	333

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berliner Sportstadienmodell (Fuchs 2001, S. 460)	122
Abbildung 2. Illustration der Gruppenanwesenheit pro Trainingswoche	344
Abbildung 3. Kategorienschema bestehend aus Haupt- und Unterkategorien der Analyse von Barrieren am Bewegungprogramm „Movi Kune – gemeinsam bewegen“	36

Anhang

Erstgespräch

Name: (5) Datum:

Vorstellung (wer wir sind)

1) Vorerfahrungen Sport/Bewegung:

Sportart / Tanzen:

Laufen / Trainieren:

Sonstiges:

Erfahrungen: positiv / negativ → Kommentar:

(z.B. Assoziationen zu Kindheit / Militär /....)

2) Was machen Sie zurzeit? (in Bezug auf Sport/Bewegung)

Sportart / Tanzen:

Laufen / Trainieren:

Bewegung bei der Arbeit:

Bewegung beim Transport (z.B. weite Wege zum Arzt laufen):

Sonstiges:

Erfahrungen: positiv / negativ → Kommentar:

3) Erwartungen / Ziele: (bzgl. Sport/ Bewegung bzw. der Teilnahme an dem Bewegungsprogramm)

Erklärung des Programms

(siehe Infoblatt; was machen wir, wo, wann)

4) Interesse / Motivation

Trauen Sie sich zu an diesem Programm regelmäßig teilzunehmen?

5) Bedenken / Barrieren / Schwierigkeiten / Besonderheiten:

Gesundheitliche Aspekte / Probleme die zu berücksichtigen sind:

[Transportmöglichkeit: Ja / Nein]

[Sportkleidung (falls nein: Kleidergröße u. Schuhgröße):]

Zeit (Datum und Uhrzeit): ok / teilweise / schwierig / nicht möglich

(falls sie keine Zeit haben, Kontaktdaten trotzdem aufnehmen, kontaktieren bei Alternativangebot)

6) Sonstiges & Fragen

Konsequenzen/Empfehlungen für das Bewegungs- und Sportprogramm (eigene Notizen):

Interviewleitfaden für TeilnehmerInnen – Mitte/Ende des Programms

Name:

Datum:

Wir sind nun an der Mitte / am Ende des Programms angelangt. Wir hätten ein paar Fragen an Sie, um von Ihnen zu lernen und das Programm für zukünftige TeilnehmerInnen zu verbessern. Es geht dabei um Ihre individuelle Meinung und Einschätzungen. Es gibt kein richtig oder falsch. Auch negative Eindrücke oder Schwierigkeiten helfen uns das Programm zu verbessern.

1. [Einstiegsfrage] Wie gefällt Ihnen das Bewegungsprogramm? Was gefällt Ihnen am Programm?
2. **[bedeutsame Erfahrungen]** Welche Erfahrungen waren für Sie bedeutsam/wichtig? (Wie ergeht es Ihnen im Programm?)
 - a. [Selbsterleben] **Wie haben Sie sich selbst erlebt?** (Wie haben Sie ihre eigene Kompetenzen / Handlungsfähigkeit / Kontrollfähigkeit / Leistungsfähigkeit / etc. erlebt, z.B. dass Sie etwas gemacht/geschafft haben, was Sie vorher sich vielleicht nicht zugetraut haben? dass Sie aktiv sind) [SWE]
 - b. [Gruppenerleben] **Wie haben Sie die Gruppe erlebt?** (Wie war ihre Beziehung zu den anderen? Wie wichtig war die Gruppe für Sie? Was war das positive an der Gruppe? Gab es gegenseitige Unterstützung?)
 - c. Welche Ereignisse / Geschehnisse / Momente waren für Sie bedeutsam/wichtig? (z.B. sich aktiv zu erleben, mitzugestalten, gewinnen...)
 - d. Welche Aktivitäten / Inhalte waren für Sie bedeutsam/wichtig? Und was nicht so wichtig? (Aufwärmen/Ausdauer, Mobilisierungsübungen, Kraftübungen, Spielübungen, Sportspiele, Tanzen, Kunst, Entspannungsübungen,... Rückmeldung von uns, Beziehung,...)
3. **[negatives Erleben]** Welche Probleme, Schwierigkeiten, Unwohlsein oder Schmerzen traten/treten während dem Programm auf?
 - a. Warum traten diese auf?
 - b. Wie gehen Sie damit um?
 - c. Wie könnten Sie/wir damit umgehen? [Coping-Pläne]
4. **[Ergebnisse]** Hat sich etwas bei Ihnen durch das Programm verändert? (Wenn Sie an den Anfang ihrer Teilnahme im Programm denken und mit jetzt vergleichen, nehmen Sie Veränderungen wahr?)
 - a. Was hat sich verändert (+ verbessert / - verschlechtert)?
 - i. Medikation und Therapie/Behandlung
 - ii. Schlaf, Schmerzen, Stress, Depressive Verstimmung... (psychosozial)

- iii. Konzentration, Gedankenfluss (kognitiv)
 - iv. Atmung/Ausdauer, Kraft, Aussehen/Gewicht, Beweglichkeit,...
(körperlich)
 - v. Wohlbefinden / Aktivierung / Motivation (allgemein)
- b. Warum diese Veränderungen? Was war bedeutsam/wichtig/ausschlaggebend? (Welche Rolle hatte das Programm/ Bewegung & Sport? Welche Inhalte, Erlebnisse, Beziehungen,...)
 - c. (Gab es auch Veränderungen außerhalb des Programms (z.B. in Therapie)? Welche Rolle hatte dabei das Programm/ Bewegung & Sport?)
 - d. Was würden Sie noch gerne verändern / erreichen? [Ziele]
5. **[Weiterführung / Gesundheitskompetenz]** Machen Sie momentan die Übungen (oder etwas anderes wie z.B. Laufen gehen) auch zu Hause, mit anderen Leuten oder in einem Verein, Fitnessstudio oder...?
- a. Haben Sie neue Übungen gelernt?
 - b. Haben Sie neues Wissen bekommen? z.B. über die Effekte von Bewegung und Sport?
 - c. Ende Juni hört das Programm auf: Haben Sie schon **geplant**, was Sie nach Ende des Programms machen - wie Sie etwas aus dem Programm weitermachen können?
 - d. **Trauen Sie sich zu** (fühlen Sie sich in der Lage) nach dem Programm:
 - i. Selbstständig weiter zu trainieren? Ihr Training selbst zu regulieren/planen?
 - ii. Mit anderen Leuten zu trainieren?
 - iii. Angebote in einem Verein wahrzunehmen?
 - iv. Ins Fitnessstudio zu gehen?
 - e. Wo sehen Sie **Schwierigkeiten**?
 - f. (Wie könnten Sie trotzdem zu mehr Bewegung kommen?)
6. **[Sonstiges]** Gibt es sonst noch etwas was Sie uns mitteilen wollen?

[Bemerkung: Es geht weniger um die Vollständigkeit der Beantwortung aller Fragen, sondern mehr um das tiefgreifende verstehen einzelner Aspekte – also, eher bei einzelnen Aspekten weiter nachfragen]

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass

1. ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne Verwendung unerlaubter Hilfsmittel verfasst habe. Alle Inhalte, die direkt oder indirekt aus fremden Quellen entnommen sind, sind durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet.
2. die vorliegende Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland zur Beurteilung vorgelegt bzw. veröffentlicht worden ist.
3. diese Arbeit mit der beurteilten bzw. in elektronischer Form eingereichten Masterarbeit übereinstimmt.

.....

Datum/Unterschrift