



universität
wien

Diplomarbeit/ Diploma Thesis

Titel der Diplomarbeit/ Title of the Diploma Thesis

„Belastungs- und Ressourcenerleben in der Arbeit mit
Kriegs- und Folterüberlebenden.

Eine qualitative Interviewstudie mit den ÜbungsleiterInnen
des Sport- und Bewegungsprogramms Movi Kune“

verfasst von/ submitted by

Alexandra Hainz

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

Magistra der Philosophie (Mag. phil)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

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

A 298

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

Diplomstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, Privatdoz.

Alle Dinge der Natur tragen in sich etwas vom Wunderbaren.

Aristoteles (350 v.Chr.)

Abstract

This thesis focuses on the experiences of professionals working with traumatized asylum seekers in a movement and sports therapeutic setting of the program Movi Kune. Its aim is to highlight the impact of the program on staff, who are not professionally trained in psychotherapy or trauma therapy. The in-depth interviews of seven exercise trainers of the program Movi Kune were analyzed using qualitative content analysis by Mayring (2003). The study revealed that the direct work with the traumatized asylum seekers was described as the main source of positive emotions. Negative emotions were mainly caused by witnessing the trauma symptoms and hearing about their traumatic background. All trainers described coping strategies such as talking with co-workers, family and friends as a way to deal with the impact of this work and how to maintain boundaries between work and private life. The trainers witnessed long-lasting consequences in the form of learning experiences and changes in attitude. In conclusion this study showed that the staff experienced great positive effects and little negative impact as a result of working in this program. Limitations concern among others the different working conditions of the staff and the retrospectivity of the interviews.

Keywords: secondary traumatization, secondary posttraumatic growth, non-professionals, trainees, refugees, trauma, movement therapy, Movi Kune

Kurzfassung

Diese Diplomarbeit untersucht das Belastungs- und Ressourcenerleben, sowie die Konsequenzen der bewegungstherapeutischen Arbeit mit traumatisiert Flüchtlingen. Zu diesem Zweck wurden sieben ÜbungsleiterInnen des Programms Movi Kunean ohne psycho- oder traumatherapeutische Ausbildung mittels Tiefeninterviews befragt. Die Interviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich ÜbungsleiterInnen durch die Arbeit mit den TeilnehmerInnen wenig belastet fühlten. Gleichzeitig wurden von mehr positiven als negativen Erfahrungen berichtet. Positive Emotionen wurden zumeist während oder aufgrund der Interaktion mit den TeilnehmerInnen beschrieben. Die am häufigsten genannten Belastungen waren das Erleben der Traumasymptomatik und das Wissen über die traumatischen Lebensgeschichten der TeilnehmerInnen. Selbstfürsorgestrategien, um mit den erlebten Belastungen umgehen zu können, umfassten unter anderem Gespräche mit ArbeitskollegInnen, FreundInnen und Familie. Erlebte langfristige Konsequenzen spiegelten sich in Lernerfahrungen und der Änderung von Einstellungen wieder. Die Limitationen dieser Studie sind unter anderem die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen der ÜbungsleiterInnen, sowie der Retrospektivität der Interviews.

Schlüsselbegriffe: Sekundäre Traumatisierung, sekundäres posttraumatisches Wachstum, Laien, Flüchtlinge, Trauma, Bewegungstherapie, Movi Kune

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1 Theorie.....	11
1.1 Belastungen in psychotherapeutischen Berufen	11
Stress im Arbeitsumfeld.	11
Selbstinduzierter Stress.....	13
Abgrenzung zwischen Privat – und Berufsleben.....	14
Klienteninduzierter Stress.....	16
1.2 Ressourcen in psychotherapeutischen Berufen	18
Allgemeine Faktoren.	18
Interaktion mit KlientInnen.	19
Interaktion mit KollegInnen	20
Institutionelle Ressourcen.....	21
Soziale Unterstützung im Privatleben	22
Individuelle Ressourcen und Fürsorgestrategien.....	22
1.3 Die PsychotherapeutInnen – PatientInnen – Beziehung in der Traumatherapie	23
Stellenwert der PsychotherapeutInnen – PatientInnen – Beziehung in der Traumatherapie..	24
Gegenübertragung.	25
1.4 Sekundäre Traumatisierung.....	29
Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Trauma.....	29
Theoretischer Hintergrund.....	31
Erscheinungsbild.	35
Einflussfaktoren.....	37
Differenzierung zwischen Gegenübertragung und sekundärer Traumatisierung.	39
1.5 Sekundäres posttraumatisches Wachstum.....	41
Theoretischer Hintergrund.....	41
Erscheinungsbild	44
Einflussfaktoren.....	48

2	Methodik	51
2.1	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	51
2.2	Forschungsprojekt „Movi Kune - gemeinsam bewegen“	52
2.3	Das Tiefeninterview	53
2.4	Qualitative Inhaltsanalyse	54
2.5	Ablauf.....	55
3	Ergebnisse	58
3.1	Hauptkategorie (1) Empfindungen	58
3.2	Hauptkategorie (2) Belastungen	66
3.3	Hauptkategorie (3) Ressourcen	72
3.4	Hauptkategorie (4) Bewältigungsstrategien	78
3.5	Hauptkategorie (5) Abgrenzung	84
3.6	Hauptkategorie (6) Konsequenzen	88
4	Diskussion	94
	Ressourcen und positive Empfindungen	94
	Belastungen und negative Empfindungen	97
	Bewältigungsstrategien.....	101
	Abgrenzung	103
	Konsequenzen.....	105
4.1	Limitation	107
4.2	Ausblick.....	109
4.3	Empfehlungen	110
5	Literaturverzeichnis.....	114
6	Tabellenverzeichnis.....	124
7	Anhangverzeichnis	124
8	Anhang	125

Einleitung

Traumatische Ereignisse haben nicht nur Auswirkungen auf jene, denen sie widerfahren, sondern beeinflussen auch die HelferInnen von Traumaopfern. Helfende werden zu Mitfühlenden und müssen sich durch ihre Tätigkeit mit einer Vielzahl von traumatischen Lebensrealitäten auseinandersetzen. Dies kann ihre grundlegenden Vorstellungen und Annahmen über die Welt erschüttern. (McCann & Pearlman, 1990). Nach Figley (1995) können die Helfenden durch die Arbeit mit Traumaopfern langzeitliche Belastungen, mit Symptomen die einer posttraumatischen Belastungsstörung gleichen, erfahren. Gleichzeitig kann die Arbeit mit TraumapatientInnen als Quelle für persönliches Wachstum betrachtet werden. Durch die Schaffung neuer Vorstellungen über die Welt, findet eine Weiterentwicklung in den Personen statt. Diese hat eine Veränderung über ihr Selbstbild, die Welt und die Beziehungen zu Mitmenschen zu Folge (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Bei einem Großteil der Forschung im Bereich der Belastungs- und Ressourcenfaktoren in der Arbeit mit Traumaopfern liegt der Fokus auf der Berufsgruppe der klinischen PsychologInnen, Psycho- und TraumatherapeutInnen (Jurisch, Kolossa & Elbert, 2009). Es wird beschrieben, welche Belastungen- und Ressourcen Personen dieses Berufstandes erleben (Hoffmann & Hoffman, 2008) und welche speziellen Herausforderungen in Form von sekundärer Belastung und Entwicklungen durch sekundäres posttraumatisches Wachstum erfahren werden können (Arnold, Calhoun, Tedeschi & Cann, 2005; Jurisch et al., 2009).

Des Weiteren hat die eine professionelle psychotherapeutische Ausbildung Einfluss auf das Belastungs- und Ressourcenerleben in der Arbeit mit Traumaopfern (Pell, 2013). Nach Pell (2013) werden ausgebildete PsychotherapeutInnen von der Arbeit mit Traumaopfern in einem geringeren Ausmaß sowohl positiv als auch negativ beeinflusst. Gleichzeitig wurden die Konzepte der sekundären Traumatisierung und des sekundären Wachstums bei Personen in anderen soziotherapeutischen

Berufsgruppen, wie DolmetscherInnen (Teegen & Gönnewein, 2002; Splevins, Cohen, Joseph, Murray & Bowly, 2010), SozialarbeiterInnen (Bride, 2007; Guhan & Liebling – Kalifani, 2011) und PädagogInnen (Frank, 2010), beschrieben. Dies zeigt, dass auch Personen, welche sich nicht in einer psychotherapeutischen Beziehung mit TraumapatientInnen befinden, sowohl negativ als auch positiv durch ihre Arbeit mit den Patientinnen beeinflusst werden.

Den Mehrwert dieser Arbeit stellt die qualitative Beschreibung der Belastungen und Ressourcen der ÜbungsleiterInnen im Programm Movi Kune dar. Während bisherige Studien den Fokus auf das Erleben der TeilnehmerInnen dieses Programmes legten (Bardach, 2014; Hochedlinger & Hofer, 2014; Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014), sollen in dieser Arbeit die Erfahrungen der ÜbungsleiterInnen dargestellt werden. Dies erfolgt anhand durchgeführter Tiefeninterviews mit sieben ÜbungsleiterInnen des Bewegungstherapieprogramms. Durch die Darstellung der Belastungen und Ressourcen der ÜbungsleiterInnen ergeben sich Handlungskonsequenzen für die Praxis. Anhand der Ergebnisse dieser Arbeit können gezielte Verbesserungen für die ÜbungsleiterInnen im Programm Movi Kune eingeleitet werden. Des Weiteren kann sie für zukünftige ÜbungsleiterInnen zur Vorbereitung auf die Arbeit im Programm dienen.

1 Theorie

1.1 Belastungen in psychotherapeutischen Berufen

Die Belastungen welche PsychotherapeutInnen erleben können vielfältigen Ursprungs sein. Es lassen sich Stressoren im Arbeitsumfeld und in der Interaktion mit KlientInnen identifizieren (McMahon, 2012). Zusätzlich entstehen Belastungen aufgrund von selbstinduzierten Stressoren, sowie fehlender Abgrenzung zwischen Arbeits- & Privatleben (Hoffmann & Hofmann, 2008). Guy (1987) benennt eine Vielzahl an möglichen Belastungen des psychotherapeutischen Alltags, wie physische und psychische Isolation, emotionale Auszehrung, hektische Zeitplanung, unvermeidbare Abschiede von PatientInnen, die Notwendigkeit der Kontrolle der eigenen Emotionen und fehlendes Lob von PatientInnenseite. Sehen sich PsychotherapeutInnen im Privatleben zusätzlich mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert, können aus diesen zunächst berufsspezifischen Herausforderungen ernstzunehmende Belastungen werden (Guy, 1987).

Stress im Arbeitsumfeld. Das Arbeitsumfeld hat nach Margison (1997) einen starken Einfluss auf das Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen und auf die allgemeine Qualität der therapeutischen Arbeit. Somit wirkt es sich indirekt auf die Beziehung zwischen PsychotherapeutInnen und PatientInnen aus. Problemen können entstehen aufgrund der Struktur der Institution (Pross, 2009), der Zusammenarbeit mit verschiedenen Sozialsystemen (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011; Reid, Kuipers, Szmukler, Thornicroft, Johnson, Bebbington, . . . Prosser, 1999), Mangel an finanziellen Ressourcen (Reid et al., 1999; Frank, 2010), unkooperativen ArbeitskollegInnen (McMahon, 2012; Frank, 2010) und zu großem Arbeitsaufwand (Reid et al., 1999; Cushway, 1997)

In einer schlecht strukturierten Organisation bleibt laut Pross (2009) kein oder zu wenig Raum für Reflexion und Evaluation. Die Folge ist, dass Arbeitskraft nicht effizient genutzt wird und Tätigkeiten umsonst durchgeführt werden. Des Weiteren kommt es in Institutionen mit Strukturlosigkeit zu

Verantwortungsdiffusion, Grenz- und Kompetenzüberschreitungen (Pross, 2009). Dies führt bei den MitarbeiterInnen zu Frustration und Überarbeitung (Pross, 2009).

Die Menge der Arbeit (Farber, Heifnitz & Barclay, 1981), die Anzahl der der bearbeitenden Fälle (Cushway, 1997) und der bürokratische Aufwand (Reid et al., 1999) können eine große Belastung in soziotherapeutischen Berufen darstellen (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Die Anzahl der Fälle wird dann belastend, wenn diese schlichtweg zu viele oder zu intensiv sind, oder sie die Kompetenzen der PsychotherapeutInnen übersteigen (Kottler, 2011). Des Weiteren wird bei Guhan und Liebling-Kalifani (2011) der daraus resultierende Zeitdruck angesprochen, welcher den MitarbeiterInnen wenig Möglichkeit gibt, Erlebtes zu reflektieren und zu verarbeiten. Dies kann dazu führen, dass Belastungen über einen längeren Zeitraum unausgesprochen und unverarbeitet bleiben (Pross, 2009).

Die Anforderungen des Gesundheitssystems und die Zusammenarbeit mit anderen Sozialsystemen wie dem Asylsystem oder dem Arbeitsamt, können als frustrierend und anstrengend empfunden werden (Kottler, 2011). Durch bürokratischen Aufwand und unkooperative Regelungen werden die HelferInnen in ihren Möglichkeit ihre KlientInnen zu unterstützen eingeschränkt. (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Des Weiteren werden Rollenkonflikte evoziert, da die ArbeiterInnen sowohl auf Seiten der KlientInnen, als auch auf Seiten des Systems stehen (Reid et al., 1999). In der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen beschreiben SozialerarbeiterInnen Konflikte mit anderen Fachkräften, welche ihre Rolle und Kompetenzen nicht anerkennen würden (Reid et al., 1999).

Der Mangel an finanziellen und anderen Ressourcen stellt HerlferInnen vor die schwierige Situation KlientInnen mit unterschiedlichen Problematiken wie Behinderungen, psychischen Krankheiten, Drogenkonsum, etc. ohne die entsprechenden Ressourcen zu betreuen. Dieses Defizit schlägt sich in Folge als Belastung bei den HelferInnen nieder, da sie es als ihre Aufgabe sehen, diese Mängel ausgleichen zu müssen (Frank, 2010, Reid et al., 1999).

Ein weiterer Stressor können laut McMahon (2012) Belastungen durch das Arbeitsteam sein. In der Studie von Frank (2010) berichten PädagogInnen von Belastungen durch Konflikte mit Vorgesetzten oder KollegInnen, sowie durch das Miterleben von Niederlagen junger ArbeitskollegInnen. Fehlende Wertschätzung durch Vorgesetzte oder KollegInnen für eingebrachtes Engagement wird ebenfalls in diesem Zusammenhang als Stressor identifiziert (Frank, 2010).

Selbstinduzierter Stress. Nach Kottler (2011) kann Stressempfinden bei PsychotherapeutInnen nicht nur von außen verursacht, sondern auch selbst erzeugt sein. Die selbstverursachenden Stressoren bestehen aus unrealistischen Erwartungen und Denkmustern, welche die PsychotherapeutInnen daran hindern, eigene Begrenzungen und Fehler zu akzeptieren. Beispiele sind unter anderem Perfektionsgedanken, Versagensängste, Selbstzweifel und das Bedürfnis nach Anerkennung.

Hoffmann und Hofmann (2008) identifizieren unter anderem die Angst vor Misserfolg und Verantwortungsdruck als häufige Stressoren bei PsychotherapeutInnen. Diese Gedankenmuster führen zu einer angestregten und kontrollierten Informationsverarbeitung, wodurch sie empathisches Einfühlen erschweren. Die daraus entstehenden Schwierigkeiten in der Therapie können Selbstzweifel bei den PsychotherapeutInnen verursachen (Cushway, 1997). Aus dieser Haltung entspringen Gefühle der Überforderung und des Versagens, wofür die PsychotherapeutInnen die Ursache in sich selbst, in den PatientInnen oder in der angewandten Therapiemethoden suchen (Hoffmann & Hofmann, 2008). Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen von McMahon (2012). In der Studie beschreiben PsychotherapeutInnen Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, Selbstunsicherheiten und die Angst, nicht immer die richtigen Antworten auf die Fragen der PatientInnen zu haben. Des Weiteren können der Wunsch gebraucht zu werden und das Bedürfnis hilfreich zu sein, Bedenken über ihre eigene Motivation erzeugen (McMahon, 2012).

Laut einer Studie von Reimer (2005) über die Persönlichkeitseigenschaften von PsychotherapeutInnen, sind ein hoher Anspruch an sich selbst und an andere, sowie eine ausgeprägte Wertorientierung charakteristisch für PsychotherapeutInnen. Des Weiteren spüren sie den Druck, PatientInnen heilen zu müssen, sowie die Pflicht selbst nach ihren Ratschlägen leben zu müssen (McMahon, 2012). Diese Charakterzüge und die von Kottler (2011) beschriebenen Perfektionsgedanken werden bei Hoffmann und Hofmann (2008) weiter ausgeführt. Sie beschreiben, PsychotherapeutInnen, welche großen Ehrgeiz zeigen und stets Kontrolle und Verantwortung übernehmen, Gefahr laufen, sich zu überarbeiten. Aufgrund der Einstellung, stets maximale Leistung erbringen zu müssen, werden Warnsignale ignoriert. Psychische und physische Erschöpfung sind die Folge (Hoffmann & Hoffman, 2008).

Abgrenzung zwischen Privat – und Berufsleben. Die therapeutische Arbeit beeinflusst das Privatleben der PsychotherapeutInnen auf unterschiedliche Art und Weise. PsychotherapeutInnen erleben aufgrund ihrer Profession ein erhöhtes Selbstbewusstsein, verbesserte Eigenwahrnehmung und größeres psychologisches Bewusstsein anderen Personen gegenüber (Farber, 1983). Dieses psychologische Bewusstsein wird in dieser Studie von den PsychotherapeutInnen allerdings als zweiseitiges Schwert wahrgenommen. Durch die dauernde Tendenz zu analysieren, kann die Spontanität in sozialen Interaktionen verloren gehen, was zu Distanzempfinden führt (Farber, 1983). In ähnlicher Weise wird diese Deutungstendenz der Psychotherapeuten bei Jaeggi (2005) als ein potentiell beziehungsschädigender Faktor beschrieben.

Schwierigkeiten, wie die tagsüber erlebten Psychodynamiken in der Arbeit zu lassen und nicht mit nach Hause zu nehmen, ist ein wichtiger Faktor für die Entwicklung von Erschöpfungszuständen (Farber et al., 1981). Belastend auf das Privatleben sind unter anderem die Schwierigkeit abzuschalten, wenn mit KlientInnenproblemen nach Hause mitgenommen werden und das Gefühl gedanklich von der Arbeit absorbiert zu werden (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Das Verantwortungsgefühl gegenüber dem

Wohlergehen der PatientInnen besteht auch nach der Arbeit noch weiter (Reid et al., 1999). Es werden Schwierigkeiten erlebt, die Beziehung zu den KlientInnen auf einer rein professionellen Ebene zu halten (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Dies ist vor allem der Fall, wenn auch außerhalb des therapeutischen Setting Kontakt besteht. Gleichzeitig wird es als sehr wichtig empfunden, Grenzen zu ziehen und einzuhalten (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011).

Eine weitere Belastung ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Geben und Nehmen während der Therapie (Hoffmann & Hofmann, 2008). Von PsychotherapeutInnen wird verlangt, emotional ausgeglichen zu sein, um die Reaktionen von PatientInnen abzufangen und die Therapiebeziehung konstruktiv aufrecht zu erhalten (Kottler, 2011; Hoffmann & Hofmann, 2008). Der Glaube immer Geben zu müssen kann zu Ärger, Frustration und Ermüdung führen, vor allem wenn das Gefühl besteht, mehr investiert zu haben, als eigentlich geplant (Hoffmann & Hofmann, 2008). Des Weiteren ist PatientInnenverhalten, welches stärkend für PsychotherapeutInnen wirkt, beispielsweise das Aufgreifen und Umsetzen von Anregungen oder Dankbarkeit, nicht immer gegeben (Hoffmann & Hofmann, 2008). Farber et al. (1981) beschreiben das Ungleichgewicht zwischen „giving so much, receiving so little“ (p. 624) als besonders schwierig, da seitens der PsychotherapeutInnen stets Zweifel verbleiben, ob die investierten Bemühungen schlussendlich wirksam sind. Wenn keine Fortschritte bei den PatientInnen wahrgenommen werden oder es zu Rückfällen kommt, stellt dies eine Belastung für die PsychotherapeutInnen da (Reid, et al., 1999). Selbstzweifeln und Unsicherheit seitens der PsychotherapeutInnen sind die Folge (Hoffmann & Hofmann, 2008).

So wie Stress und Belastungen im Berufsleben das Privatleben beeinflussen, wirken sich umgekehrt privater Stress und Druck auf das Verhalten am Arbeitsplatz aus. Faktoren im Privatleben von PsychotherapeutInnen, die Einfluss auf deren Arbeitsleistung haben, beschreibt Kottler (2011) als „ereignisbezogenen Stress“ (p.50). Darunter zählen physische und medizinische Probleme, Familienprobleme, Partnerprobleme, finanzieller Druck, usw. Nach Hoffmann und Hoffman (2008) kann

es bei langanhaltenden Überlastungsgefühlen zu einem Schutzverhaltens seitens der PsychotherapeutInnen innerhalb der Therapiesitzungen kommen. Es werden Abwehrmechanismen angewandt, um eigene Reserven zu erhalten. Dies hat jedoch Konsequenzen für die therapeutische Beziehung. Ein Abwehrmechanismus kann die Vermeidung von energiezehrenden Prozessen wie Mitleid und Empathie in der Therapie sein. Auch eine innere aggressive Auflehnung gegenüber den PatientInnen und der eigenen Arbeit kann eintreten. Es wird ein (Über-) Sättigungsgefühl und ein Widerwillen erlebt, sich mit den PatientInnen und deren Problemen zu beschäftigen. Die Folge sind vorschnelle, vereinfachte Theorien über die PatientInnen und deren Probleme (Hoffmann & Hofmann, 2008).

Klienteninduzierter Stress. Die psychotherapeutische Interaktion mit Patienten kann sowohl positiv und stärkend als auch anstrengend und kräfteraubend erlebt werden (McMahon, 2012). Klienteninduzierter Stress kann durch aktuelles PatientInnenverhalten (Kottler, 2011) ausgelöst werden oder sich langfristig durch die Qualität der Therapeut – Patient – Beziehung (Hoffmann & Hofmann, 2008) entwickeln. Die therapeutische muss sowohl empathisch, als auch objektiv geführt werden. Dies kann zu Spannungsgefühlen seitens der PsychotherapeutInnen führen (Farber et al., 1981).

Neben den „üblichen“ PatientInnenbegegnungen gibt es laut Hoffmann und Hofmann (2008) bestimmte Verhaltensweisen von PatientInnen, welche für TherapeutInnen eine besondere Herausforderung darstellen. Beispielsweise können überhöhte Ansprüche und unrealistische Erwartungen der PatientInnen belastend für PsychotherapeutInnen sein. Dies ist vor allem der Fall, wenn sich daraus Vorwurfshaltungen seitens der PatientInnen entwickeln (Hoffmann & Hofmann, 2008; Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). In ähnlicher Weise wird auch bei Reid et al. (1999) und Farber et al. (1981) die Arbeit mit schwierigen PatientInnen als eine große Belastung im therapeutischen Setting identifiziert.

Als eine schwierige PatientInnengruppe identifizieren Hoffmann und Hofmann (2008) unter anderem jene PatientInnen, welche die Psychotherapeutinnen durch ihr aggressives und feindseliges

Verhalten überfluten. Aggressive Reaktionen und Wutausbrüche sind laut Kottler (2010) und Reid et al. (1999) eines der anstrengendsten PatientInnenverhalten. Selbst bei langjähriger Berufserfahrung beeinträchtigt häufiges Auftreten von feindseligem, provozierendem und distanzlosem PatientInnenverhalten das Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen (Hoffmann & Hofmann, 2008). Sie fühlen sich trotz aller gut gemeinten Bemühungen abgelehnt, provoziert oder manipuliert (McMahon, 2012).

Gleichzeitig können sich PsychotherapeutInnen lethargischem oder deprivierendem PatientInnenverhalten gegenüber finden, in welchem die PatientInnen auf das Verhalten der PsychotherapeutInnen nur selten oder schwach reagieren (Kottler, 2011; Hoffmann & Hofmann, 2008). PsychotherapeutInnen bekommen das Gefühl, die PatientInnen mitziehen zu müssen. Dies zerrt ihren eigenen Kräften. Zweifel darüber, ob die PatientInnen bei der Sache sind, führen zu Ärger, Gereiztheit und Interessenverlust gegenüber den PatientInnen (Hoffmann & Hofmann, 2008). Des Weiteren wird suizidales PatientInnenverhalten als klienteninduzierter Stressor in der therapeutischen Arbeit beschrieben. Sei es das Ansprechen von Suizidgedanken, Suiziddrohungen oder das Durchführen von Suizidversuchen - der Umgang mit dieser Verantwortung stellt eine enorme Herausforderung an die PsychotherapeutInnen dar (Kottler, 2010, Hoffmann & Hofmann, 2008; Farber et al., 1981).

Eine besondere Belastung stellt nach Gurriss (2002) das Vermeidungsverhalten von traumatisierten Flüchtlingen als PatientInnen dar. Diese PatientInnen erleben durch die jahrelange Verfolgung im Heimatland und den Stress während der Flucht und im Exil eine sequentielle Traumatisierung. Das daraus resultierende Vermeidungsverhalten wird nach Gurriss (2002) im Zielland durch die oft schwierige Konfrontation mit Asylbehörden verstärkt. Gleichzeitig können PatientInnen die Erwartung an die PsychotherapeutInnen haben, sie würden ihnen helfen die traumatischen Ereignisse zu vergessen. Dies würde jedoch das Vermeidungsverhalten der PatientInnen weiter unterstützen. Neben dem Vermeidungsverhalten der PatientInnen finden sich die behandelnden PsychotherapeutInnen durch deren

Asylstatus konfrontiert mit behördlichen Stressoren. Die Wechselwirkungen von vermeidenden PatientInnenverhalten und die von außen einwirkende Stressoren durch das Asylverfahren stellen eine enorme Belastung dar und sind vermehrt Auslöser von Erschöpfungszuständen bei PsychotherapeutInnen (Gurris, 2002).

1.2 Ressourcen in psychotherapeutischen Berufen

Ressourcen und Bewältigungsstrategien stellen einen wichtigen Punkt in der Selbstfürsorge während der therapeutischen Tätigkeit dar. Sie sind Quellen der Kraft und des Ausgleichs (Reddemann, 2005). Ressourcen wirken sich positiv auf die Gesundheit aus, da sie durch ihre Pufferfunktion den Umgang mit Stressoren erleichtern (Ducki & Kalytta, 2006). Ducki und Kalytta (2006) unterscheiden zwischen externen und internen Ressourcen. Externe Ressourcen, wie finanzielle Unterstützung, ermöglichen objektive Stressbewältigungsmöglichkeiten. Interne Ressourcen betreffen die individuellen Einstellungen und Wahrnehmungen über ein Problem. So kann allein der Gedanke, die Möglichkeit zu haben, eine Situation verändern zu können, stressreduzierend wirken (Duke & Kalytta, 2006).

Ressourcen des psychotherapeutischen Berufes tragen durch allgemeine Faktoren der therapeutischen Tätigkeit (Kottler, 2010) und der Interaktion mit PatientInnen (Hoffmann & Hofmann, 2008) positiv zum Wohlbefinden der PsychotherapeutInnen bei. Im Arbeitsumfeld stellen die Interaktion mit ArbeitskollegInnen (Reid et al., 1999) und die institutioneller Unterstützung (Frank, 2010) eine Ressource dar. Private Ressourcen betreffen die soziale Unterstützung durch Freunde und Familie (Pross, 2009) sowie die persönlichen Selbstfürsorgestrategien (Frank, 2010). Des Weiteren stehen Persönlichkeitseigenschaften wie Optimismus und Resilienz in einem positiven Zusammenhang mit erhöhtem Wohlbefinden bei PsychotherapeutInnen (Reis, Schröder & Schlarb, 2014).

Allgemeine Faktoren. Die psychotherapeutische Tätigkeit selbst kann eine Ressource sein und positive Gefühle mit sich bringen. Der therapeutische Beruf schafft nach Kottler (2010) Anreize, sich mit

den eigenen, ungelösten Problemen zu konfrontieren, um daran zu reifen werden. Das daraus folgende persönliche Wachstum und die erhöhte Selbsterkenntnis sind wichtige Faktoren für Zufriedenheit in therapeutischen Berufen (Farber et al., 1981). Anforderungsvielfalt und Autonomie schaffen die Möglichkeit Neues zu Lernen und das Potenzial für persönliche Weiterentwicklung (Reid et al., 1999; Reis et al., 20014). Die Verwendung therapeutischen Fachwissens und Erfahrung, sowie der professionelle Status dieses Berufes wird von PsychotherapeutInnen ebenfalls als stärkend empfunden (Farber et al., 1981). Des Weiteren kann Forschen und Publizieren auf mehreren Ebenen als ein positiver Faktor geschätzt werden (Reid et al., 1999). Einerseits wird dadurch Reflektieren von eigenen Handlungen ermöglicht. Gleichzeitig schafft es eine Möglichkeit zur Abstandsgewinnung bei belastenden PatientInnenfällen (Pross, 2009).

Interaktion mit KlientInnen. Die Interaktion mit KlientInnen kann als anstrengend und belastend empfunden werden (Hoffmann & Hofmann, 2008). Auf der anderen Seite kann sie als eine Ressource und Quelle für Zufriedenheitsgefühle bei der therapeutischen Arbeit sein (Kottler, 2011). Der Altruistische Gedanke Personen in Not helfen zu können, ist eine der Haupteinflussfaktoren für das Zufriedenheitserleben bei PsychotherapeutInnen (Farber et al., 1981; Reid et al., 1999).

„Viele IP [Interviewpartner; Anm. d.V.] finden die Arbeit mit Patienten weniger belastend als Teamkonflikte. Im Gegenteil, sie finden die Patientenarbeit als Ressource. Sie weckt Neugier, und der Lebenshunger, der Überlebenswille der Patienten spenden Kraft. Es ist das Mitschwingen, die Freude an der menschlichen Beziehung, dass einem Vertrauen entgegen gebracht wird.“ (Pross, 2009, p. 146)

Die positive Entwicklung der PatientInnen miterleben zu können und sie beim Wachstum zu begleiten ist nach Kottler (2010) eine wertvolle Ressource in soziotherapeutischen Berufen. Aber nicht nur das alleinige Miterleben von Wachstum, sondern auch dessen Unterstützung und Anregung, haben positiver Einfluss auf das Wohlbefinden von PsychotherapeutInnen (Farber et al., 1981). Durch die

Entwicklung von PatientInnen wird die Wirksamkeit der eigenen Arbeit sichtbar. Dies trägt zu der Überzeugung bei, dass sich die Arbeit lohnt und diese eine Bereicherung sei. (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011).

Die Wertschätzung durch die PatientInnen ist ein wichtiger positiver Aspekt, die Dankbarkeit der KlientInnen viele negative Aspekte der Arbeit aufwiegt (Farber et al., 1981; Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Eine weitere Ressource ist die intime Miteinbeziehung der PsychotherapeutInnen in die Geschichten der PatientInnen (Farber et al., 1981). Die Freude an Verbundenheit und Nähe, das Gefühl, im Leben eines anderen Menschen etwas zu bedeuten, sowie das Interesse an der Dramatik intensiver therapeutischer Begegnungen sind eine Quellen von Zufriedenheit in der therapeutischen Arbeit (Kottler, 2010). Ebenso stellt das Lernen über das menschliche Verhalten und über die Vielschichtigkeit des menschlichen Charakters eine Ressource im psychotherapeutischen Beruf dar (Farber et al., 1981; Kottler, 2010).

Interaktion mit KollegInnen. Der Austausch mit KollegInnen ist eine wichtige Stütze in der soziotherapeutischen Arbeit (Pross, 2009). In der Interviewstudien von Reid et al. (1999) wird der Kontakt mit ArbeitskollegInnen als die häufigste Quelle für Zufriedenheit in der Arbeit angegeben. Die Befragten empfanden den Kontakt mit KollegInnen als unterstützend und beschrieben ihn als einen jener Aspekte ihrer Tätigkeit, welche sie am meisten wertschätzen würden (Reid et al., 1999).

Der Austausch mit ArbeitskollegInnen kann helfen, die durch die Arbeit entstandenen Belastungen und Emotionen zu regulieren (Frank, 2010). Als hilfreich wird das Sprechen über Überforderungs- und Belastungssituationen und persönliche Grenzen empfunden. Ebenso wird der Austausch über fachbezogenes Wissen und persönlicher Erfahrungswerte anderer KollegInnen als unterstützend wahrgenommen (Frank, 2010). Eine gute Beziehung zu KollegInnen kann auch deshalb

wichtig sein, weil sie Probleme und Überforderungen an MitarbeiterInnen erkennen, welche jene selbst nicht wahrnehmen oder sich eingestehen können (Kottler, 2010).

Institutionelle Ressourcen. Ressourcen, die durch soziotherapeutische Einrichtung zur Verfügung gestellt werden, sind unter anderem Supervisionen und Weiterbildungsmöglichkeiten (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Sowohl intern als auch extern durchgeführte Supervision oder eine telefonische Anlaufstelle für MitarbeiterInnen werden als unterstützende Maßnahmen beschrieben (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). PsychotherapeutInnen, die regelmäßige Supervisionen erhielten, berichten über ein größeres Ausmaß an persönlichem Wachstum (Linley und Joseph, 2007). Dies kann damit zusammenhängen, dass die Möglichkeit über die therapeutische Arbeit zu reflektieren, wertvoller und gewinnbringender sein kann, als eine bloße Arbeitspause (McMahon, 2012).

Die Gelegenheit für Weiterbildungen wird bei Guhan und Liebling-Kalifani (2011) als weitere wichtige Ressource genannt. Jene, welche Fortbildungen absolvierten, erleben sie als gewinnbringend, während gleichzeitig die Notwendigkeit für mehr Training betont wird. Weiterbildungen können allgemeine Updates über den aktuellen Wissensstand im Berufsfeld, sowie auf eine spezielle PatientInnengruppe ausgelegt sein (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Andere hilfreiche Fortbildungen betreffen die Selbstfürsorge und Psychohygiene der MitarbeiterInnen (Pross, 2009).

Weitere institutionelle Ressourcen, die mit dem persönlichen Wohlbefinden von PsychotherapeutInnen in Verbindung gebracht werden sind Lernmöglichkeiten und die Anforderungsvielfalt der Tätigkeit (Reis et al., 2014). Bei Frank (2010) werden, neben den bereits genannten, folgende institutionelle Ressourcen angegeben: genügend personelle Ressourcen, ausreichend gute Sicherheit der Einrichtungen, das Interesse der Institution am Wohlbefinden der MitarbeiterInnen, schnelle Reaktion bei Problemen der MitarbeiterInnen, sowie eine wertschätzende Haltung seitens der Leitung.

Soziale Unterstützung im Privatleben. Neben der Unterstützung durch ArbeitskollegInnen, werden private Sozialkontakte als wichtige Ressource erlebt (Pross, 2009). Die Möglichkeit mit Freunden und Familienmitgliedern über die Arbeit und den damit verbundenen Belastungen zu reden, wird sehr häufig als hilfreiche Ressource beschrieben (Frank, 2010; Guhan & Liebling-Kalifani, 2011; Splevins et al., 2010). Gleichzeitig gibt es die gegensätzliche Tendenz das Privatleben vom Berufsalltag bewusst abzugrenzen (Frank, 2010). Es wird bewusst vermieden in der Freizeit mit Freunden und Familie über die Arbeit zu sprechen und soziale Aktivitäten durchgeführt, die nicht mit der beruflichen Tätigkeit in Zusammenhang stehen. Darunter fallen Freizeitaktivitäten, wie gemeinsam Sport treiben, Kaffee trinken, Ausgehen... (Frank, 2010; Guhan und Liebling-Kalifani, 2011).

Individuelle Ressourcen und Fürsorgestrategien. Individuelle Ressourcen können sowohl Einstellungen, Eigenschaften, als auch Aktivitäten und Handlungen sein.

Es gibt Persönlichkeitseigenschaften und Einstellungen, die als Ressource im psychotherapeutischen Beruf dienen können. So kann Humor ein Protektor gegen Zynismus und Resignation sein (Pross, 2009). Des Weiteren haben eine optimistische und hoffnungsvolle Einstellung gegenüber der Arbeitstätigkeit (Reis et al., 2014), sowie spirituelles Wohlbefinden (Hardimann & Simmonds, 2013) eine Pufferfunktion gegenüber emotionale Erschöpfung. Gleichzeitig stellt die Wahrnehmung um der Umgang mit Problemen kann eine persönliche Ressource dar (Ducki & Kalytta, 2006). Die Fähigkeit effizient mit Belastungen umzugehen wird bei Splevins et al. (2010) als Langzeitprozess beschrieben. Obwohl es im Laufe des Arbeitslebens immer wieder emotionale Belastungen auftreten, werden diese im Laufe der Zeit als immer weniger überwältigend wahrgenommen (Splevins et al, 2010). Guhan und Liebling-Kalifani (2011) beschreiben diese Copingstrategie als einen Prozess des „Toughening Up“ (p. 220).

Aktivitäten, die als Copingstrategie dienen, sind so vielseitig wie die Personen, die sie anwenden. Körperliche Fürsorgestrategien sind unter anderem Sport treiben (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011), Meditieren (Splevins, et al. 2010), Massagen (Frank, 2010) und die Beschäftigung mit gesunder Ernährung (Frank, 2010). Aufenthalte in der Natur (Pross, 2009) und Reisen (Frank, 2010) können Abstand zu belastenden Arbeitssituationen schaffen. Eine weitere Möglichkeit Belastungen hinter sich zu lassen, sind Auszeiten von der beruflichen Tätigkeit in Form von Urlaub, Sabbaticals, Zeitausgleich oder dienstfreien Tagen (Frank, 2010; Pross, 2009). Zeit für sich selbst zu haben wird bei Guhan und Liebling-Kalifani (2011) als Erholungsmöglichkeit angegeben. In dieser Zeit werden Alltagstätigkeiten, wie Putzen (Frank, 2010), Fernsehen (Splevins et al., 2010) oder Lesen (Reddemann, 2005) nachgegangen. Reddemann (2005) betont Kreativität als Quelle für gesteigertes Wohlbefinden. Darunter fallen Aktivitäten wie Basteln, Musizieren (Frank, 2010) oder die Ausübung handwerklicher Tätigkeiten (Pross, 2009). Des Weiteren dienen kulturelle Aktivitäten, wie Theater, Kino, Essen gehen, welche als Ausgleich dienen können (Pross, 2009). Bei Frank (2010) werden Rituale, um Abstand zu den Erlebnissen in der Arbeit zu gewinnen, beschrieben. Darunter fallen unter anderem das Duschen, als Akt des Wegwaschens, das Führen von Tagebüchern oder das Aufschreiben von belastenden Inhalten auf Notizzetteln, welche anschließend weggeworfen werden. (Frank, 2010).

1.3 Die PsychotherapeutInnen – PatientInnen – Beziehung in der Traumatherapie

Zwischenmenschlicher Kontakt trägt essentiell zur Herstellung, Aufrechterhaltung und Verarbeitung von Traumata bei (Maercker, 2013). So führen, verglichen mit akzidentellen traumatischen Erlebnissen wie Krankheiten oder Unfälle, zwischenmenschlich verursachte traumatische Handlungen, wie Missbrauch, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu pathologischen Traumafolgestörungen (Maercker, 2013). Soziale Beziehungen können in Folge sowohl aversiv zum Fortbestand des Traumas beitragen oder in Form von sozialer Unterstützung eine Protektorfunktion darstellen (Knaevelsrud et al. 2012). In diesem Sinne kommt der psychotherapeutischen Beziehung in der Behandlung von

Traumafolgestörungen eine besondere Rolle zu, in der sowohl PatientInnen, als auch PsychotherapeutInnen vor spezielle Herausforderungen gestellt werden.

Stellenwert der PsychotherapeutInnen – PatientInnen – Beziehung in der Traumatherapie. Die Beziehung zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn ist für den Erfolg der Therapie von entscheidender Bedeutung. Vor allem PatientInnen, deren Traumata zwischenmenschlich verursacht war, können gegenüber ihren Mitmenschen große Misstrauensgefühle haben (Muller, 2013). Bei dieser Art von Trauma kommt es laut Bock (2008) zu einer massiven psychischen und physischen Grenzüberschreitung und zu einer Erschütterung des Verständnisses über zwischenmenschliche Beziehungen. Dies kann den Aufbau einer konstruktiven therapeutischen Beziehung erschweren (Bock, 2008). In diesem Sinne interpretiert Muller (2013) Traumatherapie vor allem als „Beziehungsgeschehen“ (p. 170). Dieses Beziehungsgeschehen wird von mehreren Faktoren, sowohl auf PatientInnen-, als auch auf TherapeutInnenseite beeinflusst (Muller, 2013). Die Herstellung eines sicheren Umfeldes für die PatientInnen trägt nach Knaevelsrud et al. (2012) entscheidend zu deren Befinden und zum Vertrauensaufbau zu den PsychotherapeutInnen bei. Förderlich ist ein ruhiges und stabiles Therapiesetting. Klarheit, Vorhersagbarkeit, Transparenz bei Grenzziehung und -einhaltung tragen zum Kontrollempfinden bei PatientInnen bei (Knaevelsrud et al., 2012).

In der Situation von traumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden steht die PsychotherapeutInnen- PatientInnen- Beziehung vor weiteren Herausforderungen (Akhtar, 2005). Asylsuchende sind durch die Behörden und Asylverfahren immer wieder Stress und Demütigung ausgesetzt. Durch die ständige Bedrohung der Abschiebung wirkt der Staat in den therapeutischen Schutzraum ein und beeinflusst dadurch die PsychotherapeutInnen – PatientInnen – Beziehung (Akhtar, 2005). PsychotherapeutInnen befinden sich während der Reaktualisierung der Traumata mit ihren PatientInnen in einem moralischen Bündnis (Gurris, 2002). Wird die äußere Bedrohung durch eine potentielle Abschiebung verstärkt, kann es für PsychotherapeutInnen immer schwieriger werden, die für

den therapeutischen Prozess notwendige flexible empathische Distanz zu wahren. Stattdessen werden PsychotherapeutInnen durch das Schreiben von Attesten oder Gutachten, die eine Rolle für den Aufenthaltsstatus der PatientInnen spielen, in ihrer Integrität verletzt. Die therapeutische Beziehung, welche eigentlich einen Schutzraum für die PatientInnen darstellen soll, beginnt ein Teil des Systems des behördlichen Umgangs mit Asylbewerbern zu werden. Es kann passieren, dass PsychotherapeutInnen nun beginnen, um ihre PatientInnen „zu kämpfen“ (p.52) und die PatientInnen in Folge diesen Kampf als deren Psychotherapie fehldeuten. Die therapeutische Beziehung, wie sie ursprünglich geplant war, ist unter diesen Umständen schwer aufrecht zu erhalten (Gurris, 2002). Die Herstellung einer regelmäßigen Psychotherapie wird somit einerseits durch das für TraumapatientInnen typische Vermeidungsverhalten, andererseits durch die konstante Bedrohung der Behörden, erschwert (Gurris, 2002).

Gegenübertragung. Das Konzept der Gegenübertragung wurde im Laufe der Zeit mehrmalig in neuen Blickwinkeln beleuchtet und neu definiert. Es beschreibt alle Gefühle und Reaktionen, welche PsychotherapeutInnen ihren PatientInnen im Laufe des Therapieprozesses entgegenbringen (Kanter, 2007).

Definition. Die klassische Definition stammt von Freud, in der emotionelle Reaktionen der PsychotherapeutInnen auf deren eigene, ungelöste Konflikte zurückzuführen sind. Diese sei zu unterscheiden von der „tatsächlichen“ Therapeut – Patientenbeziehung und sollte daher vermieden werden (Freud, 1957, zitiert nach Dalenberg, 2000). Alle Affekte sollten beiseitegeschoben werden und die PsychotherapeutInnen für die PatientInnen möglichst undurchsichtig sein (Stirn, 2002). Diese Ansicht änderte sich im Laufe der Zeit zu der Annahme, dass Gegenübertragung ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist. Es entwickelte sich die Vorstellung, dass sie als Zugangsmittel zum Unbewussten der PatientInnen ein wichtiges psychoanalytisches Forschungsinstrument und diagnostisches Hilfsmittel darstellt. Die Annahme von Gegenübertragung als eine Form der unbewussten

Kommunikation zwischen PsychotherapeutInnen und PatientInnen verdeutlicht die Notwendigkeit der Selbstreflexion der PsychotherapeutInnen über Affekte, Handlungen und Einstellungen (Stirn, 2002).

Countertransference is a way to feel in one's bones that which the client cannot convey through language alone. [...] ..., it is not something to be gotten rid of, or to be ashamed about, but it is an invariable communication between the therapist's and the client's inner worlds that is essential to the treatment process. (Berzoff & Kita, 2010, p. 342)

Die individuellen Erwartungen, die eigene Lebensgeschichte, Ausbildungsstand und das Arbeitssetting haben Einfluss darauf, wie Gegenübertragung von PsychotherapeutInnen erlebt und wahrgenommen wird (Kanter, 2007). Zeitgenössische Ansichten über Gegenübertragung vermitteln die Idee, dass es im therapeutischen Setting nicht eine subjektive (PatientIn) und eine objektive (TherapeutIn) Person gibt. Vielmehr kreieren nach Berzoff und Kita (2010) PatientInnen und PsychotherapeutInnen durch das beidseitige Einbringen ihrer bewussten und unbewussten psychischen Vorstellungen eine therapeutische Dyade. In diesem therapeutischen Zwischenraum finden Veränderungen und Entwicklungen bei den PatientInnen und PsychotherapeutInnen statt. In diesem Sinne ist Gegenübertragung ein essentieller Bestandteil des therapeutischen Prozesses (Berzoff & Kita, 2010).

Gegenübertragung im Setting der Traumatherapie. Im traumatherapeutischen Setting stehen PsychotherapeutInnen unter der Aufgabe, die Gefühle von Zynismus und Hoffnungslosigkeit der PatientInnen zu begegnen, während sie gleichzeitig, aufgrund der Erzählungen der PatientInnen, eigenen Gefühlen von Schrecken und Erschütterung, ausgesetzt sind. Gegenübertragungsgefühle sind nach Bock (2008) in der Traumatherapie unvermeidlich, beziehungsweise sogar unerlässlich für einen positiven Therapieprozess. PsychotherapeutInnen müssen sich dieser Dynamiken bewusst sein und können sie in Folge auch positiv in der Therapie nutzen (Bock, 2008). Das Zeigen und Ansprechen von Emotionen, wie das Weinen aufgrund einer Traumageschichte, bedeuten authentische Anteilnahme und kann PatientInnen

die Angst davor nehmen, sich selbst emotional auf die Therapie einzulassen (Knaevelsrud et al., 2012). PsychotherapeutInnen bewegen sich daher im Traumasetting stets in der Balance zwischen Empathie und Abgrenzung (Knaevelsrud et al., 2012). Extreme Formen der Gegenübertragung sind nach Bock (2008) Vermeidungsverhalten und Überidentifikation der PsychotherapeutInnen.

Vermeidungsverhalten. Die eigene Betroffenheit und die Angst vor Emotionen wie Furcht und Ekel, kann zu einer Abwehrhaltung seitens der PsychotherapeutInnen führen (Knaevelsrud et al., 2012). Ängste vor Konsequenzen von möglichen Fehlentscheidungen, wie Suizid von PatientInnen, können Distanzierungsverhalten seitens der PsychotherapeutInnen zur Folge haben (Knaevelsrud et al., 2012). In diesem Distanzverhalten wird ein Unwille der PsychotherapeutInnen entwickelt, die Traumaerzählungen der PatientInnen aufzunehmen (Bock, 2008). Es wird wenig nachgefragt oder rasch das Thema gewechselt (Knaevelsrud et al., 2012). Die Erzählungen der PatientInnen werden für wenig glaubwürdig gehalten oder bagatellisiert (Knaevelsrud et al., 2012). Durch den Unwillen die Traumageschichten hören zu wollen, kann sich bei PsychotherapeutInnen die Vorstellung entwickeln, dass das Leiden der PatientInnen nicht durch das traumatische Ereignis hervorgerufen wurde, sondern einen anderen Ursprung, beispielsweise in der früheren Lebensgeschichte hat (Bock, 2008).

Überidentifikation. Auf der anderen Seite steht die Überidentifizierung der PsychotherapeutInnen mit den PatientInnen (Knaevelsrud et al., 2012). Zu viel Empathie kann zu Überschreitungen der therapeutischen Grenzen führen. Dies resultiert in persönlichen Verwicklungen und Überengagement seitens der PsychotherapeutInnen. Dabei laufen die PsychotherapeutInnen Gefahr, die Therapiemaßnahmen mehr zu wollen, als die PatientInnen selbst (Knaevelsrud et al., 2012). Identifizierung dazu führen, dass TherapeutInnen Angst haben, die PatientInnen durch die Therapie zu stark zu belasten und in Folge versuchen, diese zu schonen (Bock, 2008). Diese Haltung kann bei den PatientInnen zu Gefühlen von Schwäche und Hilflosigkeit erzeugen und in Folge ein Abhängigkeitsverhältnis formen. Des Weiteren kann eine Idealisierung der PatientInnen bei den

PsychotherapeutInnen schlussendlich zu Enttäuschungen führen, wenn die erhofften Erfolge ausbleiben oder die Motivation der PatientInnen für die Therapie nicht immer gegeben ist (Bock, 2008).

Des Weiteren können nach Bock (2008) eigene, unverarbeitete Traumata der PsychotherapeutInnen im Sinne eines „Egozentrismus“ (p. 186) ihr Verständnis für die Situation der PatientInnen verstellen. Die eigenen Vorstellungen über Traumata, entstanden durch persönlicher Erlebnisse, können nicht genügend abgelegt werden um auf die individuellen Situationen der PatientInnen neutral einzugehen. Gleichzeitig wird an Therapiestrategien festgehalten, die bei der Verarbeitung des eigenen Traumas als hilfreich empfunden worden sind (Bock, 2008). Nach Bock (2008) kann in manchen Fällen die überstarke Fürsorge bei der Traumaverarbeitung, ein Versuch der Helfer sein, die eigenen Traumata zu verarbeiten.

Häufig erlebte Emotionen im Prozess der Gegenübertragung. Traumaerzählungen können Schamgefühle seitens der TherapeutInnen entwickeln, vor allem, wenn sexualisierte Traumata behandelt werden. Diese Schamgefühle können aus Unsicherheiten der PsychotherapeutInnen entstehen und zu Vermeidungsverhalten führen (Bock, 2008). Manche PsychotherapeutInnen finden sich auch in der Rolle des Retters in den Traumageschichten wieder. Dies kann einerseits als Reaktion auf eine (Wunsch-) Übertragung der PatientInnen folgen oder durch eine starke Identifikation mit der PatientInnengeschichte. Gleichzeitig drücken diese Retterphantasien allerdings eine Wahrnehmung der TherapeutInnen über die PatientInnen aus, in denen sie als zu schwach, um selbst handlungsfähig zu sein, gesehen werden (Bock, 2008).

Weitere Gegenübertragungsgefühle der PsychotherapeutInnen können nach Bock (2008) Wut und Zorn sein. Diese Wut kann auf den Täter gerichtet sein, oder auf die Gesellschaft, die das Traumaereignis tatenlos zugelassen hat. Sie kann sich aber auch auf die PatientInnen selbst richten, wenn sich die PsychotherapeutInnen von den Erzählungen überflutet oder überfordert fühlen. Auch Gefühle von Angst

und Unsicherheit werden empfunden, wenn durch die Traumageschichten das Sicherheitsverständnis der PsychotherapeutInnen erschüttert wird (Knaevelsrud et al., 2012; Bock, 2008). Neben der Empathie mit dem Opfer, identifizieren sich TherapeutInnen, laut Bock (2008) auch mit den TäterInnen. Dies kann zu Angst und Unsicherheit führen, da sich die PsychotherapeutInnen mit der Frage auseinandersetzen müssen, in wie weit für sie einen Hang zum Bösen besteht. Als Reaktion auf diese Unsicherheit zeigen sich TherapeutInnen skeptisch gegenüber Traumaerzählungen der PatientInnen oder fühlen sich durch deren Hilflosigkeit abgestoßen (Bock, 2008).

Durch die Rolle des Zeugen können bei PsychotherapeutInnen Gefühle von Schuld entstehen (Bock, 2008). Die Autorin spricht in diesem Zusammenhang von „der Schuld der Überlebenden“ (p. 192), welche dadurch empfunden wird, dass PatientInnen Situationen durchleben mussten, von welchen die PsychotherapeutInnen verschont geblieben sind. Die „Zuschauerschuld“ (Bock, 2008, p. 192), entwickelt sich durch die Selbstvorwürfe der PsychotherapeutInnen, das Trauma nicht verhindert zu haben. Weitere Schuldgefühle entstehen, wenn sich PsychotherapeutInnen schuldig fühlen, weil sie die PatientInnen durch die Therapie belasten und der Therapieprozess nicht (so schnell) verläuft wie von PsychotherapeutInnen erwartet. Dies kann zu einem unangebrachten Schutzverhalten gegenüber den PatientInnen führen (Bock, 2008).

1.4 Sekundäre Traumatisierung

Das Konzept der sekundären Traumatisierung beschreibt ein Erschöpfungssyndrom das aufgrund der Arbeit mit Traumaopfern langzeitliche Belastungen verursacht (Figley 2002). Sowohl von McCann und Pearlman (1990), als auch von Charles Figley (1995) wurden Konzepte entwickelt, um diesen Forschungsgegenstand zu beschreiben.

Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Trauma. Wenn Menschen eine Traumatisierung erleben, kann dies direkt oder indirekt erfolgen (Figley, 1995). Personen, die das Trauma

unmittelbar und direkt und am eigenen Leib erfahren, erleben eine primäre Traumatisierung. Diese kann bei den Betroffenen zu einer posttraumatischen Belastungsreaktion oder -störung führen (Lemke, 2013). Als sekundäre Traumatisierung definiert Daniels (2008) jene Belastung, welche „ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma“ (p.8) entsteht. Dies bedeutet, dass Helfer durch den Kontakt mit Traumaopfern, in Folge selbst starke Belastungen erleben und traumatisiert werden können. Studien in diesem Bereich zeigen das Auftreten von sekundärer Traumatisierung bei verschiedenen soziotherapeutischen Berufsgruppen. Man fand diese Belastungsreaktion unter anderem bei PsychotherapeutInnen (Daniels, 2008), RechtsanwältInnen (Figley, 2002), RettungshelferInnen (Figley, 2002), PädagogInnen (Frank, 2010), SozialarbeiterInnen (Bride, 2007) und DolmetscherInnen (Teegen & Gönnerwein, 2002).

Die Helfer entwickeln eine ähnliche Symptomatik wie primäre Traumaopfer, wobei manche Symptome über jene der PTSP hinausreichen können. Während die erlebte Intensität der Belastung nach Daniels (2008) bei primär und sekundär belasteten Personen auf demselben Level anzusiedeln ist, vertreten Lerias und Byrne (2003) eine gegenteilige Meinung. Sie gehen davon aus, dass die Symptome sich vielmehr auf einer chronischen, mittelstarken Angst- und Stressdimension abbilden lassen. Da die Betroffenen geringere Symptomatik aufweisen und trotz der Belastung ihr Leben größtenteils meistern können, wird die sekundäre Traumatisierung meist nicht diagnostiziert (Lerias & Byrne, 2003).

Auch wenn sich die primäre und sekundäre Traumabelastung in vielen Aspekten ähneln, sind sie nicht ein und dasselbe und sollten voneinander unterschieden werden (Lemke, 2013; Figley, 1995). Daniels (2008) trifft eine Unterscheidung zwischen der primären Traumasituation und dem Setting der Traumatherapie anhand drei Dimensionen: Vorhersagbarkeit, Kontrolle und Wissen. Im Vergleich zu den primär belasteten Personen, welche keinerlei Möglichkeit hatten, die traumatisierenden Umstände zu kontrollieren oder vorherzusagen, befinden sich PsychotherapeutInnen in einer anderen Situation. Sie wissen den Zeitpunkt der folgenden Therapiesitzungen und können deren Ablauf beeinflussen. Somit sind

sie sind nicht der Willkür der Geschehnisse ausgeliefert. Des Weiteren verfügen sie über Fachwissen im Bereich der Behandlungsstrategien und können auf wahrgenommene Symptome reagieren (Daniels, 2008).

Figley (1995) sieht den Unterschied zwischen primärer und sekundärer Traumatisierung darin, dass die Träume und Intrusionen der PsychotherapeutInnen nicht auf ihren eigenen Erlebnissen basieren, sondern auf den erzählten Geschichten ihrer KlientInnen beruhen. Genauso bezieht sich die Hypervigilanz der PsychotherapeutInnen nicht auf die Sicherheit der eigenen Person, wie dies bei primärer Symptomatik der Fall wäre, sondern auf die Sicherheit der KlientInnen (Figley, 1995).

Theoretischer Hintergrund. In der Literatur lassen sich verschiedene Begriffe finden, welche das Konzept der sekundären Traumatisierung beschreiben. Die häufigsten sind *compassion fatigue* (Figley, 1995), *secondary traumatization* (Kanter, 2007), und *vicarious traumatization* (McCann & Pearlman, 1990). Die Begriffe *secondary traumatic stress* und *secondary traumatic stress disorder* gehen zurück auf Charles Figley welcher in späteren Schriften auf den Begriff *compassion fatigue* zurückgriff, da er diesen als weniger stigmatisierend für die Betroffenen sah (Figley, 1995, zitiert nach Lemke, 2013).

Vicarious traumatization. Ein theoretisches Modell zur Entstehung von *vicarious traumatization* stammt von McCann und Pearlman (1990). Menschen konstruieren in der *constructivist self-development theory* ihre persönliche Realität durch das Erstellen von Schemata. Diese Schemata beinhalten Erwartungen, Annahmen und Glaubenssätze über sich selbst und die Welt, anhand derer die Umwelt interpretiert wird. Ein traumatisches Ereignis kann diese Überzeugungen erschüttern. Dies kann nicht nur durch das mittelbare Erleben eines traumatischen Ereignisses, sondern aufgrund auch des Hörens von Traumeerlebnissen geschehen. In der Arbeit mit TraumapatientInnen erfahren PsychotherapeutInnen von Geschehnissen, die nicht mit ihren bisherigen Vorstellungen über die Welt übereinstimmen und sind in Folge veranlasst ihre Schemata zu verändern (Pearlman & Saakvitne, 1995). Nach McCann und Pearlman

(1990) lassen sich die Schemata in sieben, für ein kohärentes Weltbild essentielle, Bereiche gliedern. Diese sind *dependency/ trust, safety, power, independence, esteem, intimacy* und *frame of reference* (p. 141).

Diese sieben Grundschemas sind bei jeder Person vorhanden, jedoch unterscheiden sie sich in der individuellen Gewichtung. Wie ein Trauma individuell erlebt und verarbeitet wird, hängt davon ab, welche Überzeugungen von dem Trauma betroffen sind und wie wichtig diese für die Person in ihrer Lebensgestaltung sind. Je wichtiger eine Überzeugung für die Lebensgestaltung einer Person ist, desto eher wird sie in diesem Bereich eine Veränderung erfahren (McCann & Pearlman, 1990).

Dependency/ Trust. PsychotherapeutInnen hören viele Erzählungen in welchen Menschen betrogen, getäuscht und missbraucht wurden. Oftmals passiert dies durch Vertrauens- oder Bezugspersonen, welche das Abhängigkeitsverhältnis untergraben und ausnutzen. Solche Erzählungen können das Schema *dependency/ trust* bei PsychotherapeutInnen treffen und sie in Folge misstrauisch, zynisch und argwöhnisch werden lassen. „I used to believe that most people are trustworthy and that some are not. Now I believe just the opposite.” (McCann & Pearlman, 1990, p. 138).

Safety. Die Erschütterung des Schemas *safety* kann durch Erzählungen über die wahllose Gewalt und Sicherheitsverlust an Unschuldigen bei PsychotherapeutInnen verstärkte Gefühle von Angst und Verletzlichkeit verursachen. Gedanken und Vorstellungen, welche die eigene Verwundbarkeit und, der von geliebten Menschen betreffen, können zu einer Auffassung über die Unberechenbarkeit und Zerbrechlichkeit des menschlichen Lebens beitragen (McCann & Pearlman, 1990).

Power. PsychotherapeutInnen finden sich konfrontiert mit Menschen, die sich in Situationen extremer Hilflosigkeit und Verwundbarkeit befanden. Diese Erfahrungen können das Schema *power* der PsychotherapeutInnen treffen und sie ihre eigene Wirksamkeit in der Welt hinterfragen lassen. Die wachsende Vorstellung einer nur scheinbaren Kontrolle über die zufälligen Ereignisse des Lebens zu

haben, können bei TherapeutInnen zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Depression oder Resignation führen (McCann & Pearlman, 1990).

Independence. Eine Identifikation mit PatientInnen, die Erfahrungen mit Verlust der Autonomie oder persönlichen Freiheit durchleben mussten, können vor allem bei PsychotherapeutInnen, für welche das Schema *independence* besonders bedeutend ist, zu Gefühlen des Eingesperrt seins und zu Ängsten über Kontroll- und Freiheitsverlust führen (McCann & Pearlman, 1990).

Esteem. Die Arbeit mit TraumapatientInnen kann bei PsychotherapeutInnen durch die Verletzung des Schemas *esteem* die allgemeine Einstellung über die Welt und Mitmenschen negativ belasten. Die Wertschätzung, Respekt gegenüber anderen, sowie persönlicher Idealismus verringern sich. An deren Stelle treten Pessimismus und Zynismus (McCann & Pearlman, 1990).

Intimacy. PsychotherapeutInnen können eine Entfremdung zu sich selbst und zur Umwelt erfahren und ein Gefühl von Leere empfinden (McCann & Pearlman, 1990). Dies hat zur Folge, dass sie vermeiden alleine zu sein oder sich durch ständige Aktivität ablenken (Rosenbloom et al., 2002). Auf der anderen Seite können in der Beziehung zur Umwelt gegenteilige Reaktionen gezeigt werden und Bezugspersonen, wie Familie und Freunde, gemieden werden (Rosenbloom et al., 2002). Das Schema *intimacy* wird einerseits durch Erzählungen der TraumapatientInnen, andererseits durch die Stereotypisierung durch KollegInnen herausgefordert. „Just as the victim often feel stigmatized [...], so too may the therapist, exposed to these horrors, experience an uncomfortable sense of separateness from family, friends, or coworkers.“ (McCann & Pearlman, 1990, p. 141).

Frame of Reference. Das Schema *frame of reference* beschreibt das Bedürfnis, Ereignisse in einen sinnvollen Bezugsrahmen zu setzen. So kann es vorkommen, dass der Wunsch der PsychotherapeutInnen, das geschilderte Ereignis zu verstehen, mehr zu Ursachenfindung und Täteranalyse führen, als zur Konzentration auf die Besserung der KlientInnen. Gefühle der Desorientierung und des Unbehagens

können sowohl bei KlientInnen, als auch bei PsychotherapeutInnen die Folge sein (McCann & Pearlman, 1990).

Memory system. Ein weiterer Punkt welcher McCann und Pearlman (1990) in ihrer Theorie ansprechen, ist die Veränderung in den Erinnerungen der TherapeutInnen (*memory system* (p. 142)). PsychotherapeutInnen erleben die Traumaerlebnisse ihrer PatientInnen durch Flashbacks, Träume und intrusive Gedanken wieder. Diese Gedanken drängen sich auf und sind mit negativen Affekten wie Ängste, Zorn und Traurigkeit verbunden. Sie sind so real, dass sie aus dem Gedächtnis der PsychotherapeutInnen entsprungen scheinen. Diese traumatischen Erinnerungen können dauerhaft in bestehende Erinnerungen der TherapeutInnen eingebunden und damit Bestandteil ihres Gedächtnisses werden (McCann & Pearlman, 1990).

Compassion fatigue. Nach Figley (1995) sind die beiden Haupteinflussfaktoren, die zur Entstehung von *compassion fatigue* (p. 2) und *secondary traumatic stress disorder* (p. 2) beitragen, Empathie und Exposition. Laut Figley (2002) ist die Fähigkeit sich in die PatientInnen einzufühlen (*Empathic Ability* (p.1436)) essentiell für die therapeutische Beziehung, da sie den PsychotherapeutInnen ein Verständnis für die PatientInnen und deren Situation ermöglichen. Allerdings kann dieses Mitfühlen viel Energie kosten und für die PsychotherapeutInnen anstrengend sein. Der Wunsch sich bedürftigen Menschen anzunehmen (*Empathic Concern* (p. 1436)) und die Konfrontation mit den Traumageschichten (*Exposure to the Client* (p. 1437)) führen zu einer empathischen Reaktion (*Empathic Reaction* (p. 1437)) seitens der PsychotherapeutInnen. Die PsychotherapeutInnen übernehmen die Perspektive der PatientInnen und erhalten Einblick in deren Gefühls- und Gedankenwelt. Dadurch erleben die PsychotherapeutInnen die von der PatientInnen erlebten Affekte wie Ärger, Depression und Angst. Der daraus entstehende *Compassion Stress*, wird durch die Wahrnehmung der PsychotherapeutInnen, in wie fern sie den PatientInnen helfen können (*Sense of Achievement* (p.1437)) und der Fähigkeit der PsychotherapeutInnen sich außerhalb der Therapie von der Traumabelastung der PatientInnen abgrenzen

zu können (*Disengagement* (p.1438)), gemildert oder verstärkt. Eine langanhaltende Exposition zu Traumabelastungen und ein andauerndes Gefühl der Verantwortlichkeit gegenüber den PatientInnen (*Prolonged Exposure* (p.1438)), sowie das Wiedererwecken eigener traumatischer Erinnerungen (*Traumatic Recollections* (p.1438)) und belastende Ereignisse im Privatleben der PsychotherapeutInnen (*Life Disruption* (p.1438)) können dazu führen, dass aus *compassion stress*, *compassion fatigue* wird (Figley, 2002).

Erscheinungsbild. Das Erscheinungsbild der sekundären Traumatisierung gleicht in seiner Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung (Daniels, 2008). Nach Uhlig (2008) sind alle Lebensbereiche von der Symptomatik betroffen. Die Autorin führt emotionale, kognitive und physische Reaktionen an. Des Weiteren werden bei Uhlig (2008) soziale Auswirkungen, gesundheitsschädigende Copingstrategien und Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit beschrieben.

Emotionale Reaktionen. Betroffene Personen können Depression, pathologischen Kummer, Niedergeschlagenheit (Uhlog, 2008), Erschöpfungsgefühle (Daniels, 2008) und Hoffnungslosigkeit (Daniels, 2008; Splevins et al., 2010) erleben. Ebenso werden Emotionen wie Hilflosigkeit (Splevins et al., 2010; Guhan & Liebling-Kalifani, 2011) und Verzweiflung (Cohen & Collens, 2013) beschrieben. Das Hören der Traumaerlebnisse führen bei PsychotherapeutInnen zu Angst, Entsetzen (Teegen & Gönnerwein, 2002; Splevins et al., 2010), Furcht und Schock (Splevins et al., 2010, Guhan & Liebling-Kalifani, 2011). Diese Emotionen können auch nach den Psychotherapieeinheiten nachbestehen und einhergehen mit einem ausgeprägtem Bedrohungserleben, Misstrauens- und Unsicherheitsgefühlen (Daniels, 2008). Betroffene berichten von Formen des Hyperarousal, wie Einschlafschwierigkeiten, geringe Belastbarkeit, allgemeine Reizbarkeit (Daniels, 2008), Beklemmung und Anspannung (Uhlig, 2008). Gleichzeitig werden Zorn (Uhlig, 2008; Cohen & Collens, 2013) und Frustration (Cohen & Collens, 2013) erlebt. Bei Arnold et al. (2008) werden zusätzlich Zweifel über die eigene Kompetenz und Effektivität der Therapie als Belastung angegeben.

Kognitive Reaktionen. Kognitive Symptome umfassen Konzentrationsschwierigkeiten (Uhlig, 2008; Daniels, 2008), Gedächtnislücken (Daniels, 2008) und das konstante Grübeln über gehörte Traumageschichten (Teegen & Gönnerwein, 2002). Das bildhafte Wiedererleben des Traumamaterials der PatientInnen in Form von Intrusionen und Träumen wurde in Studien von Daniels (2008) und Arnold et al. (2005) beschrieben. Des Weiteren können Betroffene eine Veränderung von Werten und Einstellungen erleben, wie den Verlust von Optimismus oder das Formen eines negativen Weltbildes (Arnold et al., 2005; Uhlig, 2008). Daniels (2008) beschreibt als Kognitive Symptome zusätzlich dissoziative Zustände, wie emotionale Taubheit oder das Gefühl „auf Autopilot [zu] sein“ (p. 104).

Physische Reaktionen. Als physische Symptome von sekundärer Traumatisierung gibt Uhlig (2008) unter anderem häufige Erkältungen, verminderter Appetit, verminderter Sexualtrieb sowie gesteigerte Unfallhäufigkeit an. Physische Symptomatik kann sich in vegetativen Erkrankungen widerspiegeln, wie Allergien, Heuschnupfen, Asthma, Migräne, Tinnitus (Teegen & Gönnerwein, 2002) oder Hautirritationen und Ausschlägen (Uhlig, 2008) zeigen. Betroffene beschreiben Müdigkeitszustände (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011; Splevins et al., 2010) bei gleichzeitigen Schlafstörungen (Uhlig, 2008). Des Weiteren berichten Betroffene von Schmerzen (Arnold et al., 2005), wie Kopf- und Bauchschmerzen, sowie Nacken- und Rückenverspannungen (Uhlig, 2008).

Veränderungen im Verhalten. Veränderungen im Verhalten können sich als negative Copingstrategien und Vermeidungsverhalten zeigen. Darunter fallen risikoreiche Verhaltensweisen, wie das aktive gesundheitsschädigende Verhalten durch den übermäßigen Gebrauch von Alkohol, Zigaretten oder Drogen (The National Center for PTSD, 2014; Uhlig, 2008). Koffein und andere Substanzen können benutzt werden um Müdigkeit zu überdecken (Uhlig, 2008). Gleichzeitig können Medikamente dazu verwendet werden, um die Symptome der Hyperarousal- und Erregungszustände zu regulieren (Daniels, 2005). „[...] ich habe mir ab zu mal einen Tranquilizer gegönnt, wenn ich merkte, du kommst sonst gar nicht zur Ruhe“ (Daniels, 2008, p. 103).

Vermeidungsverhalten kann sich durch das Unterdrücken von Gedanken (Splevins et al., 2010), sowie durch das Meiden von KlientInnen (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011) ausdrücken. Ebenso kommt es zu einem Rückzugsverhalten und Aktivitäten, Situationen oder Plätze werden bewusst gemieden (Figley, 2002; Daniels, 2008). Vermeidungsverhalten kann sich auch in einem Ablenkungsdrang, zum Beispiel durch das Stürzen in die Arbeit, zeigen (The National Center for PTSD, 2014).

Soziale Auswirkungen sind neben dem sozialen Rückzug, unter anderem Konflikte in der Partnerschaft. In der Studie von Guhan und Liebling-Kalifani (2011) beschrieben die Befragten einen großen Einfluss der Arbeit auf ihre Beziehung zu Familie, Freunden und Partner und wie ihre Tätigkeit bei zum Ende von Beziehungen beitrug. Konflikte mit Mitmenschen können durch das Leugnen der Symptome verstärkt werden (Uhlig, 2008). Die Abwertung anderer Menschen und Zynismus können die Folgen sein (Uhlig, 2008; McCann & Pearlman, 1990). Gleichzeitig berichten Betroffene von einer erhöhten Sensibilisierung für Unrecht und Gewalt (Cohen und Collins, 2013; Splevins et al., 2010).

Einflussfaktoren.

Empathie. Empathie wurde von Figley (1995) als einer der Haupteinflussfaktoren für sekundäre Traumatisierung genannt. Das Einfühlen in die PatientInnen ist maßgeblich an der Bildung einer therapeutischen Beziehung und in Folge für die Effektivität der therapeutischen Arbeit beteiligt (Figley, 2002). Großes Einfühlungsvermögen kann zu Schwierigkeiten in der Abgrenzung führen und stellt dadurch einen Risikofaktor für sekundäre Traumatisierung dar. Ein Zusammenhang zwischen *compassion fatigue* und Empathie wurde in einer Studie von Thomas (2013) gezeigt.

Traumaerfahrungen der PsychotherapeutInnen. Figley (1995) und Pearlman und Saakvitne (1995) gehen davon aus, dass eigene, unverarbeitete Trauma der TherapeutInnen durch die gehörten Traumageschichten der PatientInnen wiedererweckt werden können. Dies tritt vor allem auf, wenn zwischen den Traumata der PsychotherapeutInnen und jenen der PatientInnen großen Ähnlichkeiten

bestehen (Pearlman & Saakvitne, 1995). Zusammenhänge zwischen sekundärer Traumabelastung und der Belastung durch die eigene Traumavergangenheit wurden unter anderem in Studien von Teegen und Gönnerwein (2002), Waschulin (2003) und Thomas (2013) gezeigt. Dieser Zusammenhang wurde allerdings nur bei Traumaerlebnissen im Erwachsenenalter, nicht bei jenen in der Kindheit, gefunden (Thomas, 2013). Der Zusammenhang zwischen der persönlichen Traumageschichte der PsychotherapeutInnen und der Wahrscheinlichkeit für sekundäre Traumatisierung wird bei Jurisch et al. (2009) in der Verarbeitung des Traumas gesehen. PsychotherapeutInnen, die eigene Traumata verarbeitet konnten, weisen geringere Belastungen auf, während PsychotherapeutInnen mit unverarbeiteten Traumata ein höheres Risiko für sekundäre Traumatisierung zeigen (Jurisch et al., 2009).

Ausmaß der Exposition zu Traumainhalten. Die Exposition zu Traumaerlebnissen stellt für Figley (1995) einen Hauptfaktor für die Entstehung einer sekundären Traumatisierung dar. Bezüglich des Zusammenhangs der Menge an Traumaexposition und Ausmaß an sekundärer Traumatisierung gibt es in der Forschung unterschiedliche Studienergebnisse. Craig und Sprang (2010) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass eine größere Anzahl von Fällen mit PTBS – Patienten sich als ein Prädiktor für *compassion fatigue* erweist. Ebenso wurde in der Studie von Waschulin (2003) ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumapatienten und der Symptomatik von sekundärer Traumatisierung beschrieben. Die Metanalyse von Jurisch et al. (2009) ergab widersprüchliche Ergebnisse. So wiesen 10 der 21 analysierten Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen Traumaexposition und Symptomen von sekundärer Traumatisierung nach. Die andere Hälfte fand entweder keinen, oder einen negativen Zusammenhang. Des Weiteren kann für die Entstehung einer sekundären Traumatisierung die Art der erlebten Traumata mit welchem PsychotherapeutInnen konfrontiert werden, beeinflussen. Traumata die durch interpersonelle (z.B. sexuelle) Gewalt geprägt waren führten bei den betreuenden PsychotherapeutInnen zu signifikant stärkeren sekundären Belastungssymptomen verglichen mit Traumata, die nicht von Menschen induziert waren (z.B. Krebserkrankungen) (Cunningham, 2003).

Soziodemographische Faktoren. Soziodemographische Faktoren, die das Entstehen sekundärer Traumatisierung begünstigen, werden in der aktuellen Forschung kontrovers diskutiert. Junge und weibliche PsychotherapeutInnen weisen ein höheres Risiko durch Trauma belastet zu werden auf (Figley, 2002). Auf der anderen Seite ergab die Geschlechtervariable in mehreren Studien keine Korrelation mit sekundären Belastungssymptomen (Craig & Sprang, 2010; Waschulin, 2013; Jurisch et al., 2009). Lemke (2008) nennt die Zugehörigkeit zu sozioökonomisch benachteiligten Schichten als einen weiteren Risikofaktor. Bei Jurisch et al. (2009) wird geringe Berufserfahrung als ein Risikofaktor genannt. Dies entspricht den Studienergebnissen von Cunningham (2003) und Craig und Sprang (2010).

Differenzierung zwischen Gegenübertragung und sekundärer Traumatisierung. Die Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung sind bei der Arbeit mit TraumapatientInnen besonders gegenwärtig und komplex (Berzoff & Kita, 2010; Dalenberg, 2000). Die Frage ob sekundäre Traumatisierung eine Form von Gegenübertragung darstellt ist in der gegenwärtigen Literatur umstritten. Für Figley (2002) besteht der Unterschied dieser beiden Konzepten in der Ursache dieser Belastungen. Während er für die Entwicklung von *compassion fatigue* den Auslöser in der therapeutische Empathie zu den PatientInnen sieht, beschreibt er den Ursprung für Gegenübertragung in den frühen familiären Beziehungserfahrungen der PsychotherapeutInnen. Im Vergleich zu Gegenübertragung, kommt es bei *compassion fatigue* zu Empfindungen von Irritation und Hilflosigkeit. (Figley, 2002)

Kanter (2007) geht davon aus, dass sekundäre Traumatisierung und *compassion fatigue* Formen der Gegenübertragung sind. Er wirft Autoren, welche über diese Phänomene schreiben, vor, dass sie in ihren Artikeln das Konzept der Gegenübertragung entweder nicht erwähnen, oder eine überholte Begriffsdefinition zur Abgrenzung von dem Konzept der sekundärer Traumatisierung verwenden. Als Beispiel zitiert Kanter (2007) in diesem Zusammenhang Charles Figley (Figley, 2002 zitiert nach Kanter, 2007). Er führt aus, dass Figleys Beschreibungen von Fallbeispielen, an welchen er das Konzept der sekundären Traumatisierung darstellt, tatsächlich Beispiele für Formen der Gegenübertragung seien. Eine

zeitgenössische Definition von Gegenübertragung impliziere laut Kanter (2007) die von Figley (2002) beschriebenen Merkmale.

In ihrem Artikel sprechen sich die Autoren Berzoff und Kita (2010) für eine Differenzierung dieser Begriffe aus. Sie gehen davon aus, dass Gegenübertragung in jedem psychotherapeutischen Setting und Prozess vorkommt, während dies bei sekundärer Traumatisierung nicht der Fall ist. Zwar gibt es für das Trauma – Setting spezielle Formen der Gegenübertragung, wie Retter-, Täter-, oder Opferphantasien, (Stirn, 2002), diese sind allerdings von der Symptomatik der sekundären Traumatisierung abzugrenzen (Berzoff & Kita, 2010). Sekundäre Traumatisierung ist als Reaktion auf empathische Anteilnahme an Leidensgeschichten von PatientInnen zu verstehen, nicht als ein Resultat von fehlender Selbstreflexion. „Hearing seemingly endless narratives of pain overwhelms the most self-aware practitioner.“ (Berzoff & Kita, 2010, p. 344). In diesem Sinne entsteht sekundäre Traumatisierung dadurch, dass TherapeutInnen mit mehr Trauma und Leiden konfrontiert werden, als verarbeitet werden kann. Es entwickelt sich über einen längeren Zeitraum und greift die Lebenseinstellung, Vorstellungen und Ideale der PsychotherapeutInnen an. Gegenübertragung hingegen hat seinen Ursprung im Zusammenspiel zwischen den unbewussten Vorstellungen der PsychotherapeutInnen und PatientInnen und passiert unmittelbar im therapeutischen Setting. Es ist ein essentieller Bestandteil des therapeutischen Prozesses, während sekundäre Traumatisierung keine zwingende Folge der Tätigkeit mit TraumapatientInnen darstellt. Werden PsychotherapeutInnen zu stark in die Traumawelt der PatientInnen involviert, erleben sie sowohl Formen der Gegenübertragung als auch sekundäre Traumatisierung. Supervision hat bei beiden Prozessen eine positive Wirkung, wobei bei Sekundärer Traumatisierung Formen der Selbstfürsorge hilfreich und bei Gegenübertragung Selbstreflexion über die eigenen innerpsychischen Prozesse zielführend sind (Berzoff & Kita, 2010).

1.5 Sekundäres posttraumatisches Wachstum

Der Ansatz, der die Arbeit mit traumatisierten PatientInnen als Möglichkeit für persönliches Wachstum für PsychotherapeutInnen beschreibt, wird in der aktuellen Literatur (Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph, 2011; Arnold et al., 2005; Cohen & Collins, 2013) mit dem Konzept des *vicarious posttraumatic growth*, welches in dieser Arbeit mit *sekundärem posttraumatischem Wachstum* übersetzt wird, beschrieben. Tedeschi und Calhoun (2004) beschreiben posttraumatisches Wachstum als „the experience of positive change that occurs as a result of the struggle with highly challenging life crisis“ (Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 1). Diese Entwicklung hat laut den Autoren einen fundamentalen Effekt auf die Lebenseinstellung der Betroffenen, sodass man nicht einfach von einer Coping Strategie sprechen kann. Personen, die diesen Prozess durchlaufen, kehren nicht zu dem Ausgangslevel, welches sie vor dem Trauma hatten, zurück. Vielmehr erleben sie eine Entwicklung, die Einstellungen, Weltansichten und Verhaltensweisen auf eine grundlegende Art und Weise ändern (Tedeschi & Calhoun, 2004). Dieses Phänomen ist sowohl ein fortlaufender Prozess, als auch das Resultat eines sich entwickelnden kognitiven Vorgangs, der durch extreme emotionale und kognitive Belastungen aufgrund eines Traumaerlebnisses ausgelöst wurde (Tedeschi et al, 1998).

Theoretischer Hintergrund. Bis dato wurde noch kein eigenes Theoriemodell für dieses Konstrukt erstellt (Brockhouse et al., 2011). Um das Konzept des sekundären posttraumatischen Wachstums zu erfassen, wird in der Literatur (e.g. Brockhouse et al., 2011; Gibbons, Murphy & Joseph, 2010, Tedeschi & Calhoun, 2004) des Öfteren auf die Theorie des „direkten“ posttraumatischen Wachstums, im englischen „posttraumatic growth“ (Brockhouse et al., 2011, p. 19), zurückgegriffen. Dieser Begriff beschreibt eine persönliche Entwicklung nach dem direktem Durchleben eines Traumaerlebnisses (Gibbons et al., 2010). Tatsächlich spiegeln sich in der Theorie des posttraumatic growth Beschreibungen und Forschungsergebnisse des sekundären posttraumatischen Wachstums wieder (Arnold et al., 2005).

Ein potientielles Modell wird von Tedeschi, Park und Calhoun (1998) mit dem *funcional descriptive model of posttraumatic growth* vorgestellt. Dieses wird von Joseph und Linley (2005) im *organismic valuing process (OVP) model of growth* erweitert. Cohen und Collins (2013) ergänzen in ihrer Metaanalyse das Modell von Joseph und Linley (2005), um einen Erklärungsansatz für das Konzept des sekundären posttraumatischen Wachstums darzustellen.

Funcional descriptive model of posttraumatic growth. Im *funcional descriptive model of posttraumatic growth* orientieren sich Tedeschi und Calhoun (2004) an der *constructivist self-development theory* nach McCann und Pearlman (1990). Laut dieser Theorie formt jedes Individuum im Laufe seiner Entwicklung kognitive Schemata über die Welt (McCann & Pearlman, 1990). Diese Vorstellungen werden durch ein traumatisches Ereignis dermaßen erschüttert, dass für das Individuum die Welt für einen Moment keinen Sinn mehr macht. Die Vorstellungen über die Handhabbarkeit, Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit der Dinge wird herausgefordert. Neben einem Sicherheits- und Vertrauensverlust werden Überzeugungen über die eigene Identität und Zukunft der Betroffenen erschüttert. Um diese Erfahrungen verarbeiten zu können, versuchen Menschen aus diesem Erlebnis Sinn zu gewinnen und beginnen neue Schemata aufzubauen. Dafür müssen zunächst alte Vorstellungen und Ziele, welche nun nicht mehr erreichbar sind, verworfen werden. Das Grübeln und Trauern, welche auf Traumaerlebnisse folgen, werden von den Autoren als Formen der kognitiven Verarbeitung gesehen. In diesen Prozessen wird dem Ereignis Sinn gegeben wird und neue Schemata entwickelt. Da diese neuen Schemata das Trauma bereits integrieren, sind sie stabiler als jene vor dem Trauma. Tedeschi et al (1998) vergleichen den Vorgang mit einem Erdbeben, welches die Grundfesten eines Gebäudes zum Einstürzen bringt. Zunächst muss der Schutt der Trümmer weggeräumt werden, um danach ein neues, sicheres Gebäude zu errichten.

And in the wake of the disaster, the community may reflect later on not only what has been lost, but also the care that members of the community showed, the superior nature of what has been rebuilt, and what has been learned. (Tedeschi et al, 1998, p. 2)

Soziale Unterstützung wirkt positiv auf diesen Prozess, insbesondere die Zuwendung von Personen, die ähnliche Traumata durchlebten. Diese stellen nicht nur eine Quelle für Trost und Zuneigung dar, sondern können zusätzlich als Beispiel für Weiterentwicklung anhand neuer kognitiver Schemata dienen (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Organismic valuing process (OVP) model of growth. Joseph und Linley (2005) erweitern dieses Konzept im *organismic valuing process (OVP) model of growth*. Nach der *Organismic Valuing Theory* (Joseph & Linley, 2005, p. 269) haben Menschen einen angeborenen Sinn für Vervollständigung und Weiterentwicklung. Dieser hilft neue Erfahrungen zu integrieren und bisheriges Wissen zu organisieren. Menschen setzen sich mit der Bedeutung und Auswirkung von Ereignissen auseinander, um bestehende Schemata zu erweitern. Durch dieses Umstrukturieren kommen sie ihrem inneren Streben nach Wachstum und Weiterentwicklung nach. Auf der Suche nach Sinn kommt es zu Prozessen der Akkommodation und Assimilation. Beim Durchlaufen des Prozesses der Assimilierung folgt die Wiederherstellung des Zustandes vor dem traumatischen Ereignis. Dem Prozess der Akkommodation kommt im Konzept des posttraumatischen Wachstums eine größere Bedeutung zu. Dieser stellt nicht das Ausgangslevel vor dem Trauma wieder her, sondern initiiert eine Veränderung im Individuum. Die Folgen von Akkommodation können sowohl negativ, wie eine posttraumatische Belastungsstörung oder positiv, im Sinne des posttraumatischen Wachstums sein.

Das posttraumatische Wachstum erfüllt dabei nicht eine hedonistische Vorstellung des Glücklichen durch eine Vermehrung von Lust und Vermeidung von Unlust. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass zeitgleich zum Prozess des posttraumatischen Wachstums auch negative Emotionen, wie Trauer und

Verzweiflung, bestehen. Joseph und Linley (2005) unterscheiden in diesem Zusammenhang zwischen einem subjektiven Wohlbefinden und einem psychologischen Wohlbefinden. Posttraumatisches Wachstum entspricht einem gesteigerten psychologischen Wohlbefinden, welches sich durch Veränderungen in der Lebensphilosophie, Weltanschauung und Selbstwahrnehmung auszeichnet, und weniger durch die bloße Steigerung von positiven Emotionen (Joseph & Linley, 2005).

Sekundäres posttraumatisches Wachstum. Cohen und Collins (2013) beziehen sich in ihrem Artikel ebenfalls auf die *constructivist self-development theory* nach McCann und Pearlman (1990). Gleichzeitig verwenden sie in ihrem Artikel das *organismic valuing process (OVP) model of growth* von Joseph und Linley (2005) für die Erklärung des sekundären posttraumatischen Wachstums. Die Autoren gehen davon aus, dass die PsychotherapeutInnen Schockgefühle erleben, die deren Lebensvorstellungen und Schemata erschüttern. Diese Schockgefühle werden sowohl durch die Traumaerzählungen der KlientInnen, als auch durch das Wahrnehmen der unerwartet guten Traumabewältigung und des posttraumatischen Wachstums der KlientInnen ausgelöst. Die daraus resultierende Erschütterung der Schemata führt zu einem Sinnfindungsprozess bei den TherapeutInnen. Es wird versucht einen Sinn in den Erfahrungen der KlientInnen und eine Erklärung für deren Bewältigung zu finden. Die daraus resultierenden Veränderungen können sowohl positiv, als sekundäres posttraumatisches Wachstum, oder negativ, in Form von sekundärer Traumatisierung, sein. Dies ist unter anderem abhängig davon, ob die Schemata negativ durch die Traumaerzählungen oder positiv durch die Traumabewältigung der KlientInnen erschüttert werden. Cohen und Collins (2013) gehen davon aus, dass die beiden Prozesse der sekundären Traumatisierung und des sekundären Wachstums keine kausalen Prozesse sind, sondern koexistieren. Dadurch ist es möglich sekundäres posttraumatisches Wachstum zu erfahren, während gleichzeitig Gefühle von Schmerz und Leid empfunden werden.

Erscheinungsbild. Nach Arnold et al. (2005) ist es nicht leicht, das posttraumatische Wachstum vom sekundären posttraumatischen Wachstum abzugrenzen. Aufgrund der großen Übereinstimmungen

der beiden Konzepte wird im folgenden Abschnitt zunächst das Erscheinungsbild des posttraumatischen Wachstums gegeben. Danach wird das sekundäre posttraumatische Wachstum beschrieben und eine Differenzierung zwischen den beiden Konzepten getätigt.

Erscheinungsbild des posttraumatischen Wachstums. Im *Posttraumatic Growth Inventory* beschreiben Tedeschi und Calhoun (1996) das Erscheinungsbild des direkten posttraumatischen Wachstums anhand der folgenden drei Hauptdimensionen: Intensivierung von persönlichen Beziehungen, einem Wandel in der Lebensphilosophie und eine veränderte Selbstwahrnehmung. Zusätzlich geben sie die Bereiche des spirituellen Denkens und der Entdeckung und Wahrnehmung neuer Möglichkeiten an.

Die Veränderung der Beziehungsgestaltung zeigt sich in einer größeren Wertschätzung der persönlichen Beziehungen zu Familie und Freunden (Tedeschi et al., 1998). Auch eine Veränderung der Qualität der Beziehungen wird beschrieben. Betroffene berichten von dem Gefühl, ihre Emotionen öfter und leichter ausdrücken zu können und in Folge eine größere Intimität in ihren Beziehungen zu erleben (Tedeschi & Calhoun, 1996). Eine Veränderung in der Lebenseinstellung wird begleitet von einer veränderten Prioritätensetzung und einer größeren Wertschätzung der eigenen Lebenssituation (Tedeschi et al., 1998). Die Änderung der Selbstwahrnehmung zeigt sich durch eine bessere Vorstellung der eigenen Stärke und Widerstandskraft (Tedeschi & Calhoun, 1996). Ebenso erhöht sich das Bewusstsein über die eigene Verwundbarkeit und Verletzlichkeit. Dies wiederum kann eine größere Wertschätzung des Lebens zur Folge haben (Arnold et al., 2005). Des Weiteren helfen Spiritualität und Religiosität, Ereignissen Bedeutung zu geben und vermitteln ein größeres Gefühl von Kontrolle (Tedeschi & Calhoun, 1996). Die Wahrnehmung neuer Möglichkeiten beinhaltet die Entwicklung neuer Interessen, den Glauben neue Wege beschritten zu haben oder die Motivation nach dem Erlebtem etwas Besseres mit dem Leben anfangen zu wollen (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Erscheinungsbild des sekundären posttraumatischen Wachstums. In der Metastudie über sekundäres Trauma und sekundären posttraumatischen Wachstum von Cohen und Collens (2013) werden Effekte der Arbeit mit TraumapatientInnen bei Personen in psychosozialen Berufen beschrieben. Positive und negative Veränderungen fanden auf den Dimensionen der Weltanschauung, der persönlichen Werte, des Selbst und der Handlungsweisen im Alltag statt.

Veränderungen in der Weltanschauung betreffen die Überzeugungen über die menschliche Natur und eine erhöhte Wertschätzung des Lebens. In der Studie von Cohen und Collins (2013) berichteten PsychotherapeutInnen über ihr Erstaunen über die menschliche Widerstandskraft und Anpassungsfähigkeit. „I’ve learnt how strong and resilient people are and how much resources and strength people have“ (Cohen & Collens, 2013, p. 576). Auf der anderen Seite kann die Arbeit mit TraumapatientInnen zu einem besseren Verständnis der dunklen Seite von Menschen führen und bei PsychotherapeutInnen zu einem umfassenderen Bild über das gesamte Spektrum der menschlichen Natur beitragen (Arnold et al., 2005).

Eine Veränderung in persönlichen Werten der PsychotherapeutInnen betrifft unter anderem die Einstellung bezüglich der Wichtigkeit von persönlichen Beziehungen zu Familie und Freunden (Cohen & Collens, 2013). Persönliche Beziehungen weisen größere Intimität und mehr Offenheit auf (Splevins, et al., 2010). Gleichzeitig wird Hilfe leichter akzeptiert und anderen in häufigeren Ausmaß angeboten (Tedeschi & Calhoun, 1996). Eine Änderung der persönlichen Werte spiegelt sich auch in veränderten Prioritäten wieder. Materiellen Gütern wird weniger Bedeutung beigemessen, während Gefühle für soziale Gerechtigkeit zunehmen können (Cohen & Collens, 2013; Splevins et al., 2010). „I would say that I have become a much deeper person, I think deeper. I feel deeper and material things lost [their] importance to me“ (Splevins et al., 2010, p. 1711).

Veränderungen des Selbst hingegen hängen zusammen mit größerem Mitgefühl und Empathie. Ebenso werden Gefühle erhöhter Selbstaufmerksamkeit, persönlicher Stärke und größerem Selbstwert als

Folge der Arbeit mit TraumapatientInnen dargelegt (Cohen & Collens, 2013). Personen beschreiben sich als „wiser“, „richer“ or „deeper“ (Splevins et al., 2010, p. 1711). Anderen Personen wird altruistisch und mit größerer Akzeptanz, Respekt und Demut entgegengetreten (Cohen & Collens, 2013; Splevins et al., 2010). Des Weiteren wird von einer verbesserten Kommunikation und einem größeren Verständnis für die eigenen Kinder berichtet (Cohen & Collens, 2013).

Sekundäres posttraumatisches Wachstum kann nach Cohen und Collens (2013) positive Effekte auf die Einstellung zum Beruf haben. Es wurde angegeben, dass dem eigenem Beruf als solches größere Wertschätzung entgegengebracht wird und größeres Vertrauen in den therapeutischen Prozess und die eigenen therapeutischen Fähigkeiten gewonnen wurde (Cohen & Collens, 2013).

Differenzierung Direktes und sekundäres posttraumatisches Wachstum. Arnold et al. (2005) beschrieben in ihrem Artikel eine große Ähnlichkeit der Wahrnehmung von PsychotherapeutInnen über den positiven Einfluss der Arbeit mit TraumapatientInnen und Erzählungen von Personen, welche Traumata direkt ausgesetzt waren und positiv verarbeiteten. Alle drei der von Tedeschi und Calhoun (1996) postulierten Hauptdimensionen des direktem Wachstums (Intensivierung von persönlichen Beziehungen, Wandel in der Lebensphilosophie und eine veränderte Selbstwahrnehmung) wurden in der Interviewstudie von Arnold et al. (2005) in den Erzählungen der PsychotherapeutInnen erwähnt.

Ogleich die Autoren in ihrem Artikel sich für eine große Ähnlichkeit des direktem posttraumatisches Wachstums und des sekundärem posttraumatisches Wachstums aussprechen, beschreiben sie einige Unterschiede zwischen diesen Konzepten. Zunächst erhalten PsychotherapeutInnen ein abstrakteres Verständnis und Wertschätzung für die menschliche Widerstandsfähig. Im Prozess des direkten posttraumatisches Wachstums werden die betreffenden Personen hingegen in ihrem Sinn für die eigene persönliche Stärke und Selbstwirksamkeit bestärkt. Ebenso liegt bei Traumaüberlebenden die größere Wertschätzung des Lebens in dem Gedanken eine zweite Chance erhalten zu haben, während dies

bei TherapeutInnen in der Erkenntnis über die Flüchtigkeit des Gegenwärtigen ihren Ursprung hat (Arnold, 2005). Des Weiteren beschrieben Arnold et al. (2005), dass bestimmte Charakteristika des sekundären posttraumatischen Wachstums ausschließlich mit der psychotherapeutischen Rolle zusammenhängen und für diese spezifisch sind. Einflussfaktoren für das Wachstum der PsychotherapeutInnen sind unter anderem die Wertschätzung der eigenen beruflichen Rolle, der wahrgenommene positive Einfluss auf die KlientInnen, das Gefühl etwas zurück zu geben und eine Rolle in deren Besserungsprozess spielen zu können als (Splevins et al., 2010).

Sekundäres Wachstum ist mitunter deshalb so schwierig abzugrenzen, da viele Menschen in soziotherapeutischen Berufen selbst Trauma erlebten und verarbeiten mussten (Splevins et al., 2010). Das Miterleben der Traumaarbeit von PatientInnen kann bei Helfenden zu größerer Empathie, bis zu einem Prozess der Identifikation führen. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Traumageschichten ähnlich sind (Splevins et al., 2010). Es ist daher sehr schwierig zu differenzieren, ob die PsychotherapeutInnen aufgrund der Verarbeitung des eigenen Traumas oder durch die Entwicklung der PatientInnen, im Sinne des sekundären posttraumatischen Wachstums eine Entwicklung erfuhren (Arnold et al., 2005). Des Weiteren hat die Arbeit mit TraumapatientInnen einen globalen Einfluss auf das Leben der MitarbeiterInnen (Arnold et al., 2005). Damit fällt es schwer, den Einfluss der Traumaarbeit von anderen Bereichen, wie beispielsweise den Einfluss nicht- traumabezogener therapeutischer Arbeit, abzugrenzen (Arnold et al., 2005).

Einflussfaktoren. Da noch kein eigenes Manual für die Erforschung des sekundären posttraumatischen Wachstums entwickelt wurde, gibt es nur eine geringe Anzahl an empirischen Studien in diesem Bereich (Splevins et al., 2010). Als einer der Hauptaspekte für sekundäres Wachstum wurde in mehreren Studien das Miterleben der Entwicklung der TraumapatientInnen genannt (Cohen & Collens, 2013; Arnold et al., 2005; Splevins et al., 2010). In diesem Sinne setzen Cohen und Collens (2013) das

Beobachten des Wachstums der PatientInnen, dem Prozess des sekundären Wachstums bei PsychotherapeutInnen und anderen HelferInnen voraus.

In den Ergebnissen von Brockhouse et al. (2011) erwiesen sich ein höheres Level an Empathie, sowie eine ein höherer Wert an kumulierten Traumaexposition als Prädiktor für sekundäres posttraumatisches Wachstum. Daraus wird der Schluss gezogen, dass PsychotherapeutInnen mit einem hohen Level an Empathie flexiblere Schemata aufweisen und daher eher geneigt sind, diese zu ändern (Brockhouse et al., 2011). Der Koheränzsin stellt einen negativer Prädiktor für sekundäres posttraumatisches Wachstum dar. Dies deutet darauf hin, dass PsychotherapeutInnen mit einem erhöhten Koheränzsin in ihrer Weltanschauung gefestigter sind und sie daher ein geringeres Bedürfnis nach der Anpassung und Veränderung ihrer Einstellungen bzw. Schemata haben (Brockhouse et al., 2011).

PsychotherapeutInnen, welche als Teil eines Teams in einer Klinik arbeiteten, berichteten in einer Studie von Brockhouse et al. (2011) über mehr Spiritualität. Gleichzeitig wurde der direkten Unterstützung durch die Institution kein Einfluss beigemessen (Brockhouse et al., 2011). Dies deckt sich teilweise mit den Ergebnissen von Gibbons et al. (2010). Die Autoren kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass größere Wertschätzung der Tätigkeit, sowohl durch andere, als auch von sich selbst, mit einem höheren Level von sekundärem Wachstum zusammenhängt (Gibbons et al., 2011).

Des Weiteren wurde angegeben, dass PsychotherapeutInnen mit einer eigenen Traumageschichte von größerem Wachstum berichteten (Linley & Joseph, 2007). Dies deckt sich mit Ergebnissen von Arnold et al. (2005), in welcher PsychotherapeutInnen angaben, die Verarbeitung eigener Traumata habe ihnen zu größerem Selbstbewusstsein, Mitgefühl und Religiosität verholfen. Des Weiteren berichten PsychotherapeutInnen die sich gegenwärtig oder zu einem früheren Zeitpunkt in Therapie befanden, von einem höheren Wert an sekundärem posttraumatisches Wachstum (Linley & Joseph, 2007). Dies ist

ebenso der Fall, wenn die Betroffenen Supervision in Anspruch nehmen (Linley & Joseph, 2007; Brockhouse et al., 2011).

Weitere Faktoren, welche sich positiv auf sekundäres posttraumatisches Wachstum auswirken, sind eine höhere Anzahl an Psychotherapiestunden und das Geschlecht der PsychotherapeutInnen. Wobei weibliche Therapeutinnen ein verstärktes sekundäres Wachstum aufweisen (Linley & Joseph, 2007).

2 Methodik

2.1 Forschungsfrage und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist das Belastungs- und Ressourcenerleben der ÜbungsleiterInnen des Bewegungsprogramms Movi Kune darzustellen. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie erlebten die ProjektbegleiterInnen das Bewegungsprogramm „Movi Kune“ und inwiefern können Konsequenzen in subjektiven Einstellungen und emotionalem Wohlbefinden festgestellt werden?

Da es zum aktuellen Zeitpunkt kaum theoretisch fundierte Vorannahmen über das Belastungs- & Ressourcenerleben von nicht professionell ausgebildeten HelferInnen mit Traumaopfern gibt, weist diese Studie explorativen Charakter auf und wurde qualitativ durchgeführt. Im Vordergrund steht nicht das Überprüfen von Aussagen, sondern die Ermöglichung eines tiefer gehenden Verständnisses der Situation der MitarbeiterInnen des Programms Movi Kune. Der quantitative Teil dieser Arbeit beläuft sich auf die Darstellung der Häufigkeiten der Kategorien. Dieser dient dazu, einen Überblick über die Relevanz der einzelnen Kategorien zu geben und damit die Beschreibung des Erlebens der ÜbungsleiterInnen umfassender zu gestalten. Eine umfangreiche quantitative Erfassung des Belastungs- und Ressourcenerlebens würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen. Diese soll stattdessen Anstoß für weitere Forschungen in diesem Bereich sein.

Da diese Studie explorativen Charakter aufweist, wurden keine Hypothesen verfasst, stattdessen wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage folgende Unterfragen formuliert.

- (1) Welche Empfindungen wurden von den ÜbungsleiterInnen während der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen bewusst wahrgenommen?
- (2) Welche Belastungen wurden von den ÜbungsleiterInnen während der Tätigkeit im Programm bewusst erlebt?
- (3) Welche Faktoren der Tätigkeit im Programm wurden als stärkend und als Ressource erlebt?

- (4) Welche Selbstfürsorgestrategien standen den BegleiterInnen zu Verfügung und wurden angewendet?
- (5) Wie wurde die Abgrenzung zwischen Privatleben und dem Programm von den ÜbungsleiterInnen erlebt und welche Handlungen zur Abgrenzung wurden von den ÜbungsleiterInnen angewendet?
- (6) Von welchen, bewusst wahrgenommenen, positiven und negativen Konsequenzen des Programms auf die ÜbungsleiterInnen kann berichtet werden?

2.2 Forschungsprojekt „Movi Kune - gemeinsam bewegen“

Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ ist ein Programm am Institut für Sportwissenschaft an der Universität Wien (Abteilung Sportpsychologie, 2015). Es wird in einer Kooperation der Abteilung für Sportpsychologie mit dem psychotherapeutischen Betreuungszentrum für Folter – und Kriegsüberlebende Hemayat durchgeführt (Abteilung Sportpsychologie, 2015). In dieser Zusammenarbeit wurden sport- und bewegungstherapeutische Interventionen für Personen, welche unter den Folgen von Folter-, Krieg- und Fluchterfahrungen leiden, erstellt. (Ley, Lintl und Movi Kune Team, 2014). Sport-, bewegungs-, kunst- und tanztherapeutischen Methoden sollen die TeilnehmerInnen komplementär zu einer psychotherapeutischen Behandlung unterstützen. (Ley et al., 2014). Ziele des Programms sind die Förderung von Wohlbefinden, Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Stressmanagement, sowie die Stärkung und Erweiterung von Ressourcen und Copingstrategien (Hochedlinger & Hofer, 2014). Gleichzeitig werden sporttherapeutisch orientierte Forschungsfragen verfolgt, welche die strukturellen Rahmenbedingungen des Projektes, sowie interventionsspezifische Wirkfaktoren, Veränderungen und Effekte seitens der TeilnehmerInnen untersuchen (Ley et al., 2014). Die Interventionen wurden begleitet von MitarbeiterInnen der Organisation Hemayat und des Instituts für Sportwissenschaften, welche die Einheiten planten und durchführten. Die MitarbeiterInnen des Programms aus der Abteilung für Sportpsychologie setzen sich zusammen aus deren Leiter, Dr. Clemens Ley, StudienassistentInnen, ForschungsmitarbeiterInnen und PraktikantInnen der Studienrichtungen

Psychologie, Sportwissenschaft und Bewegung und Sport (Unterrichtsfach). Darüberhinaus sind in den Einheiten PsychotherapeutInnen, Trauma- und KunsttherapeutInnen, sowie DolmetscherInnen anwesend, welche bei der Organisation Hemayat tätig sind (Ley et al., 2014). Im Zuge einer Voruntersuchung wurde eine Bedarfsanalyse bezüglich der optimalen Gestaltung des Programms durchgeführt.

PsychotherapeutInnen, die mit den TeilnehmerInnen arbeiteten, wurden über bestimmter Bedürfnisse der Zielgruppe befragt (Bardach, 2014). So finden beispielsweise aufgrund verschiedener sozio- kultureller Hintergründe eine Teilung in Frauen- und Männergruppe statt. Des Weiteren werden mögliche Triggerpunkte als Auslöser für Retraumatisierung in die Einheitenplanung miteinbezogen. Die Einheiten finden ein- bis zweimal pro Woche statt. Es werden Mobilisations-, Koordination- und Kräftigungsübungen durchgeführt, sowie verschiedene kooperative Spiele gespielt. In den Einheiten der Frauengruppe werden in den Einheiten zusätzlich tanz- und kunsttherapeutische Elemente eingebaut (Frisch, 2014), während in der Männergruppe in der Intervention 2013 ein lauftherapeutischer Schwerpunkt gesetzt wurde (Hochedlinger & Hofer, 2014).

Zum Zeitpunkt dieser Studie wurden bereits zwei Interventionen in den Jahren 2013 und 2014 für jeweils drei Monate durchgeführt und abgeschlossen. Die dritte Intervention begann im Sommersemester 2015 und fand im Zeitraum dieser Studierhebung statt (Abteilung Sportpsychologie, 2015).

2.3 Das Tiefeninterview

Um ein möglichst großes Spektrum des Erlebens der ProjektbegleiterInnen abbilden zu können, wird die Methodik des leitfadenorientierten Tiefeninterviews angewendet. Das Tiefeninterview eignet sich laut Friedrichs (1985) „um von Individuen Einsichten in ihr Denken, in die Struktur von dem Forscher noch wenig bekannten Problemen (Exploration) (...) zu gewinnen [und] um spezielle Probleme, Trends etc. zu ermitteln“ (p.226). Diese Form der Erhebung ermöglicht zu erforschen, wie Menschen ihre Erfahrungen erlebten und wie sie diese interpretieren (King & Horrocks, 2011). Neben den objektiven Informationen wird im Tiefeninterview das Bezugssystem der Befragten ermittelt, „durch das die

objektiven Informationen eine für die jeweilige Person spezifische Bedeutung erhalten.“ (Kern, 1992, p. 32). Der Fokus wird auf die individuellen Bedeutungen der Sachverhalte gelegt, während die objektiven Gegebenheiten eine untergeordnete Rolle spielen (Kern, 1992). König (1973) bezeichnet das Tiefeninterview auch als „offenes Interview bzw. Intensivinterview“ (p.121), in welchem der Interviewer, im Unterschied zu einem standardisiertem und voll strukturiertem Interview, lediglich an einen Interviewleitfaden gebunden ist. Der Leitfaden wird aufbauend auf der Forschungsfrage erstellt und enthält die wichtigsten Forschungsschwerpunkte. Er soll sicher stellen, dass die InterviewerInnen, während des Gesprächs die Forschungsfrage nicht aus den Augen verlieren und hilft einen Überblick darüber zu behalten, auf welche Inhalte bereits eingegangen, und welche Themen noch nicht angesprochen wurden (Willing, 2008). Je nach Ermessen der InterviewerInnen kann er nur Überschriften der einzelnen Erhebungspunkte oder ausformulierte Fragen enthalten (König, 1973). Die Fragen sollen offen gestellt werden und laut Willing (2008) die Befragten zum Reden animieren. Nach Forrester (2010) ermöglichen offen gestellte Fragen den Interviewten, ihre Ansichten in eigener Wortwahl auszudrücken und auf Inhalte einzugehen, welche ihnen in der besprochenen Thematik als wichtig erscheinen. In der Interviewsituation liegt sowohl die Reihenfolge, als auch die Ausformulierung der Fragen im Ermessen der InterviewerInnen (König, 1973). Diese ergeben sich im Laufe des Interviews aus der Interaktion zwischen InterviewerInnen und Befragten (Bock, 1992). Dadurch soll das Interview nach König (1973) einen „zwanglosen Charakter“ (p.122) erhalten und der Rapport erhöht werden. Die Aufgabe des Interviewers ist es, einen Kompromiss zu finden zwischen vorgegebenen Fragen und dem Eingehen auf nicht antizipierte Äußerungen der Befragten (Bock, 1992).

2.4 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte mittels der inhaltlichen Strukturierung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Das Ziel der inhaltlichen Strukturierung, nach Mayring (2003) ist es, bestimmte Themen, Inhalte und Aspekte aus den vorhandenen Daten

herauszufiltern und sie zusammenzufassen. Das ermöglicht, das Material aufgrund bestimmter Kriterien einschätzen zu können.

Der Ablauf der inhaltlichen Strukturierung beginnt mit der Definition der Analyseeinheiten. Diese beziehen sich auf die Forschungsfrage und bestimmen, was zusammengefasst werden soll. Danach erfolgt eine Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien. Diese werden aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet. Im nächsten Schritt werden Ausprägungen der Hauptkategorien durch Unterkategorien festgelegt und in ein Kategoriensystem zusammengefügt. Damit es nachvollziehbar ist, welche Inhalte in welche Kategorie fallen, wird für jede Kategorie eine Definition und Kodierregel formuliert. In einem Probedurchlauf wird überprüft, inwiefern Definitionen und Kodierregeln eine eindeutige Zuordnung der Inhalte in das Kodiersystem zulassen. In diesem Schritt werden zusätzlich induktive Kategorien aus dem Textmaterial gebildet. Diese sollen laut King und Horrocks (2011) keine Annahmen einer Theorie beinhalten, sondern sich ausschließlich am Text orientieren. Im weiteren Verlauf werden diese anschließend in das bereits bestehende Kategoriensystem eingegliedert. Die schlussendliche Kategorienbildung erfolgt nach Mayring (2003) auf diese Weise sowohl deduktiv, dh. „mit Hilfe theoretischer Erwägungen“ (p.76) und induktiv, dh. „(...) direkt aus dem Material, (...), ohne sich vorab auf formulierte Theoriekonzepte zu beziehen.“ (p. 75). In der Neuerfassung des Kategoriensystems werden die Kategoriedefinitionen und Kodierregeln überarbeitet, sowie Ankerbeispiele zum besseren Verständnis hinzugefügt. Es folgt ein „Hauptmaterialdurchlauf“ (p. 83), in welchem das Datenmaterial ein weiteres Mal mit dem neuen Kategoriensystem durchgegangen wird. In diesem Schritt werden die Textstellen, welche eine Kategorie ansprechen, neu gekennzeichnet und nummeriert. Im Anschluss werden Inhalte herausgeschrieben, paraphrasiert und pro Unterkategorie und Hauptkategorie zusammengefasst.

2.5 Ablauf

Untersuchungsgruppe. Die Untersuchungsgruppe setzte sich zusammen aus allen MitarbeiterInnen der Abteilung für Sportpsychologie, welche als ÜbungsleiterInnen in den Interventionen

2013 oder 2014 tätig waren. Dabei handelt es sich um Studierende, welche diese Tätigkeit im Zuge eines Praktikums, einer Diplom-, Master- oder Bachelorarbeit oder in ihrer Funktion als StudienassistentIn durchführten. Als Ausschlusskriterium wurde eine Ausbildung in Psychotherapie oder Traumatherapie definiert. Da in der Studie unter anderem die langfristigen Konsequenzen in Änderungen von Einstellungen der ÜbungsleiterInnen erfasst werden sollten, bestand ein weiteres Kriterium darin, dass die ÜbungsleiterInnen zumindest eine Intervention abgeschlossen hatten und somit retrospektiv über ihre Zeit im Programm berichten konnten.

Nicht in die Untersuchungsgruppe fielen der Leiter der Abteilung für Sportpsychologie, die programmbegleitenden Psycho-, Trauma- und KunsttherapeutInnen und DolmetscherInnen. Damit bestand die Untersuchungsgruppe aus zehn Personen.

Von diesen zehn Personen nahmen sieben ÜbungsleiterInnen an der Studie teil. Eine Übersicht der Stichprobenbeschreibung befindet sich in Tabelle 2. Von den sieben ÜbungsleiterInnen waren fünf weiblich und zwei männlich. Das Durchschnittsalter der Befragten zum Zeitpunkt der Studie lag bei 28 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war 25 Jahre und der älteste 31 Jahre alt. Alle Befragten studierten zum Zeitpunkt der Teilnahme am Programm Movi Kune. Zwei der Befragten studierten das Lehramtsfach Bewegung und Sport. Eine Interviewpartnerin belegte das Diplomstudium Psychologie. Insgesamt vier der Befragten ÜbungsleiterInnen studierten das Fach Sportwissenschaften und davon absolvierten drei ein zusätzliches Studienfach. Dies war bei einer Person das Fach Psychologie und bei zwei der Interviewpartnerinnen das Studium Pädagogik. Zum Zeitpunkt der Teilnahme an dem Programm lag die durchschnittliche Studiendauer der ÜbungsleiterInnen bei 11,7 Semester. Die geringste Semesteranzahl lag bei acht und die längste Studiendauer bei zwölf Semester. Zwei der Befragten waren an der ersten Intervention 2013 beteiligt und drei in der zweiten Intervention 2014. Zwei der interviewten Personen nahmen an jeweils zwei Interventionen teil. Eine davon war an den Interventionen 2013 und 2014 und die andere Person an den Interventionen 2014 und 2015 beteiligt. Keine der interviewten ÜbungsleiterInnen

verfügte zu dem Zeitpunkt der Teilnahme an dem Programm über eine psycho- oder traumatherapeutische Ausbildung. Drei der Befragten gaben an, Fortbildungen und Seminare über Trauma, Psychologie und Psychotherapie an der Universität Wien belegt zu haben.

Kontaktaufnahme. Die Kontaktaufnahme erfolgte durch ein E-Mail, welches an alle Personen der Untersuchungsgruppe geschickt wurde (siehe Anhang D). Die E-Mail-Adressen der ÜbungsleiterInnen wurden von dem Leiter der Abteilung für Sportpsychologie für diese Studie zugänglich gemacht. Die Aussendung der E-Mail erfolgte am 26.03.2015. Eine weitere E-Mail wurde am 27.04.2015 an all jene geschickt, zu welchen bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Kontakt bestand. Insgesamt antworteten sieben ÜbungsleiterInnen, von denen alle einwilligten, an der aktuellen Studie teilzunehmen.

Durchführung der Interviews. Es wurden insgesamt sieben Interviews durchgeführt. Sie fanden hauptsächlich in Räumlichkeiten der Universität Wien, zum Teil in Kaffeehäusern und einmalig in einem Park statt. Zu Beginn wurden die Interviewten über den Inhalt der Studie und den Ablauf des Interviews aufgeklärt. Nachdem die ÜbungsleiterInnen die Einverständniserklärung durchgelesen und unterschrieben hatten, füllten sie einen einseitigen Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten aus. Danach wurde die Aufzeichnung der Interviews mithilfe eines Mobilfunkgerätes gestartet und die Befragung begonnen. Zusätzlich zu der auditiven Aufzeichnung wurden bei jedem Interview manuell Notizen über wichtige Gesprächsinhalte und -vorkommnisse getätigt. Die Dauer der Interviews lag durchschnittlich bei 45 Minuten, wobei das längste 60 Minuten und das kürzeste 20 Minuten dauerte.

Transkription und Aufschlüsselung der Abkürzungen. Die Transkription erfolgte Mithilfe des PC – Programms f5. Sie wurde nach den Regeln von Dresing und Pehl (2013) für ein einfaches Transkriptionssystem (p. 20 ff.) durchgeführt. Zunächst wurde jedes transkribierte Interview mit einem „D“ für „Dokument“ abgekürzt und mit einer Nummer von eins bis sieben versehen. Die erste Zahl nach dem Doppelpunkt entspricht der Zitatnummerierung in dem Dokument. Die Zahl in der Klammer gibt den

Absatz, in welchem das Zitat in dem Dokument zu finden ist, an. Die Abkürzung „D1:4(11)“ bezieht sich demzufolge auf das Dokument 1. Das angeführte Zitat entspricht dem Vierten in diesem Dokument und befindet sich in Absatz elf.

Analyse. Nach der Formulierung der Kategoriedefinitionen und Kodierregeln erfolgte die Analyse der Interviews Mithilfe des PC – Programms Atlas.ti. Neben der Überprüfung der Passung zwischen bereits bestehenden Kategorien und Text, wurde das Material auf neue Kategorien untersucht. Dafür wurden die Interviews zu Beginn mehrmalig durchgelesen und sich mit den erhobenen Daten vertraut gemacht. Danach wurden Kategorien bestimmt, welche Schlüsselinhalt der vom Befragten beschriebenen Erfahrungen charakterisieren. Diese neuen Kategorien wurden in das bereits bestehende Kategoriensystem eingegliedert und auf Gemeinsamkeiten, Überschneidungen und Hierarchiestrukturen untersucht. Anschließend wurden Kategoriendefinitionen, Kodierregeln und Ankerbeispiele formuliert. Mit diesem neuem Kategoriensystem erfolgte der „Hauptmaterialdurchlauf“ (Mayring, 2003, p.83), in welchem die Transkripte der Interviews ein weiteres Mal mit dem neuen Kategoriensystem durchgegangen wurden. Im Anhang A befindet sich eine detaillierte Übersicht über die Gliederung des Kategoriensystems. In dieser Tabelle werden alle Kategorien mit Definition, Kodierregel und Ankerbeispiel dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Hauptkategorie (1) Empfindungen.

Fragestellung 1: *Welche Empfindungen wurden von den ÜbungsleiterInnen während der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen bewusst wahrgenommen?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden folgende drei Unterkategorien erstellt: *positive Empfindungen, negative Empfindungen und Emotionsübertragung.*

Tabelle 1

Kategorienverteilung der Hauptkategorie (1) Empfindungen

Unterkategorie	Detaillkategorie	N (n=7)	%
Positive Empfindungen		7	100%
	Freude & Spaß	7	100%
	Lohnende Gefühle	7	100%
	Freude & Elan	2	28.5%
	Kraft schöpfen	7	100%
Negative Empfindungen		7	100%
	Physische Befindlichkeit	2	28.5%
	Kognitionen	7	100%
	Emotionen	7	100%
Emotionsübertragung		5	71.4%

Unterkategorie 1_1_Positive Emotionen. Alle Befragten sprachen über positive Emotionen, die sie während der Tätigkeit im Programm empfunden hätten.

Freude & Glück. Positive Emotionen, welche von den ÜbungsleiterInnen empfunden wurden, umfassten „Freude“ (D2:7(29); D3:70(301); D4:84(265); D5:108:155), „Spaß“ (D1:4(11), D3:95(165)) und das „Gefühl glücklich gewesen zu sein“ (D7:17(45)). Zwei der ÜbungsleiterInnen sprachen von einer „guten“ (D2:63(17)) und auch „ausgelassenen“ (D6:86(22)) Stimmung in den Einheiten. So beschrieb ein Übungsleiter, er habe „immer mit viel Spaß und Freude daran teilgenommen“ (D1:4(11)) und eine Übungsleiterin meinte, die Tätigkeit im Programm habe sie „sehr glücklich gemacht.“ (D7:17(45)). Das Genießen der Zeit in den Einheiten wurde ebenfalls von zwei ÜbungsleiterInnen beschrieben (D3:133(233), D7:6(13)). „Ich bin extrem gerne in die Stunden gegangen. Auch wenn's anstrengend war, aber ich hab das richtig genossen, die Zeit.“ Positive Gefühle seien sowohl vor den Einheiten, währenddessen und nach den Einheiten empfunden worden. Ein Übungsleiter beschrieb in diesem Zusammenhang: „[...] Also ich war immer sehr glücklich, nach den [Einheiten]/ oder halt auch

währenddessen.“ D1:29(75), während eine andere Kollegin sagte „[...] vorher freut man sich darauf, oder ich hab mich immer sehr darauf gefreut.“ (D3:38(145)).

Lohnende Gefühle. In den Interviews gaben alle ÜbungsleiterInnen an, während der Tätigkeit im Programm lohnende Gefühle empfunden zu haben. Zwei der befragten Personen beschrieben, sie hätten sich stolz gefühlt, wenn sie Fortschritte bei den TeilnehmerInnen wahrnehmen konnten (D1:12(31), D5:9(17)). Eine Übungsleiterin meinte: „Ich war, denk ich, auch stolz darauf, dass ich mir gedacht habe, 'Wow, cool, wir schaffen es, dass es ihnen so viel besser geht.“ (D5:9(17)) Zwei ÜbungsleiterInnen sprachen in diesem Zusammenhang von „positiven Erfolgserlebnissen“ (D3:14(53), D7:89(151)), während weitere zwei Personen „Zufriedenheit“ (D5:110(159-161), D6:6(17)) als erlebte Emotionen angaben. Mehrmalig erwähnten die ÜbungsleiterInnen, sie hätten, unabhängig von der Teilnehmeranzahl in den Einheiten, das Gefühl gehabt, dass sich ihre Tätigkeit lohne (D1:79(75), D3:93(147), D6:23(50)) und beschrieben, „(...) auch wenn mal nur einer da war oder zwei da waren. Es hat sich trotzdem immer gelohnt.“ (D1:79(75)).

Motivation & Elan. Die ÜbungsleiterInnen meinten, eine „motivierende Stimmung“ sei für die Durchführung der Einheiten „schon sehr wichtig“ (D4:179(297)). Eine befragte Person beschrieb, wie sich die ÜbungsleiterInnen gegenseitig motivierten und unterstützten (D3:91(141)). Neben den KollegInnen hätten, laut zwei Interviewten, auch die Teilnehmer am Programm motivierend für die ÜbungsleiterInnen gewirkt, sodass sie „selber viel motivierter“ (D1:3(11)) gewesen seien und „wieder viel mehr Elan gehabt“ (D5:11(19)). Zwei der ÜbungsleiterInnen erwähnten die Gedanken, das Programm auch nach dem Ende der Intervention weiter am Laufen zu erhalten (D4:140(19), D6:82(226), D6:98(227)) und beschrieben „die Motivation, dass man noch weitermacht und dann sagt, 'Ok, es kommt noch ein anderes Programm zustande.“ (D4:140(19))

Kraft schöpfen. Drei befragten Personen sprachen an, dass ihnen die Arbeit im Programm etwas „zurückgegeben“ habe (D1:81(31), D3:72(47-49), D5:12(21-23), D6:3(9), D7:40(117)). Die Tätigkeit im Programm sei mitunter als „stärkend“ (D6:41(95-97), D7:41(121)) und „Kraft gebend“ erlebt worden (D4:4(13), D4:177(289)). Drei Mal wurden diese Gefühle in den Zusammenhang mit der Tätigkeit im Programm gebracht (D1:73(113)), D4:177(289), D6:3(9)) und vier Mal wurde die Interaktion mit den TeilnehmerInnen als Faktor angeführt (D1:81(31), D3:72(47-49), D6:41(95-97), D7:40(117)). Eine Übungsleiterin beschrieb, sie habe das Gefühl gehabt es sei „ein Geben und Nehmen gewesen“ und ihr hätten „die Frauen mindestens genauso viel gegeben, wie wir ihnen.“ (D7:40(117), D7:42(121)). Eine Übungsleiterin erwähnte, sie habe sich durch die eigenen Erfolge im Programm bestätigt und dadurch besser befühlt (D4:177(289)).

Unterkategorie 1_2_negative Empfindungen. Alle ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten im Laufe des Programms negative Empfindungen erlebt.

Physische Befindlichkeit. Zwei ÜbungsleiterInnen gaben an, nach den Einheiten manchmal Kopfweg verspürt zu haben (D4:135(231), D7:27(65)). Eine befragte Person sagte aus, manche der Einheiten seien „sehr anstrengend“ ((D4:6(17), D4:42(185); D4:168:193)) gewesen und sie sei danach „müde“ (D4:41(185)) und „fertig“ (D4:166(187)) gewesen. Dieselbe Übungsleiterin erzählte im Zusammenhang mit Gegenübertragungsgeschehen, sie habe, als sie die Erzählungen über die Erkrankung einer Teilnehmerin hörte, das Gefühl gehabt „als ob mich irgendwas infiziert hätte (...)“ (D4:28(147)).

Kognitionen. Alle ÜbungsleiterInnen gaben an, die Inhalte im Programm hätten sie auch außerhalb der Arbeitszeit „beschäftigt“ (D3:124(111-113), D4:125(381-383), D7:90(153)) oder sie hätten über das Programm und die TeilnehmerInnen „nachgedacht“ (D1:87(77), D2:39(111-113), D6:11(140), D7:105(141-143) (D5:107(153)). Dies habe jedoch nicht immer eine Belastung dargestellt: „Aber sonst hab ich schon auch viel zu Hause darüber nachgedacht. Aber jetzt gar nicht so, dass es mich belastet

hätte (...)“ (D1:88(78)). Inhaltlich hätten sich diese Kognitionen auf das Wohlbefinden der TeilnehmerInnen bezogen (D3:123(81), D5(133(47))). *„(...) weil ich mir dann gedacht hab, 'Was ist, wenn er dann jetzt am Donnerstag nicht kommt. Muss ich dann darüber nachdenken ob er jetzt gestorben ist?’“* (D3:123(81)). Ein weiterer Grund für Sorgen stellte der Asylstatus der TeilnehmerInnen dar (D4:229(345)), D5:132(45), D6:100(14)). *„Also, weil es immer so war, 'Kommt sie jetzt oder nicht? Wo ist sie? Haben wir noch Kontakt zu ihr?’“* (D4:229(345)). Weiters kognitiv belastend wurden die Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen erlebt (D3:124(111-113)). Manche Gedanken seien im Zusammenhang mit dem reibungslosen Ablauf der Intervention (D6:46(108), D6:95(109)) gestanden, indem die ÜbungsleiterInnen überlegt hätten *„'Was könnte ich das nächste Mal besser machen? (...) Worauf sollte ich mehr achten?’“* (D5:107(153)). Zwei Übungsleiter erwähnten, das Asylsystem in Österreich, sowie die Situation von Flüchtlingen und *„diese Tragik, die dahinter steht und nicht erklären zu können, 'Warum bin ich da geboren und warum ist die Person dort geboren (...)'“* (D2:12(37)), Grund vieler Überlegungen gewesen seien (D1:87(77), D2:39(113)).

Emotionen. Alle ÜbungsleiterInnen berichteten von negativ erlebten Emotionen während ihrer Tätigkeit im Programm. Diese Detailkategorie wurde aufgrund der Vielschichtigkeit der Inhalte in die folgenden fünf spezifizierende Kategorien untergliedert: *Motivation, Trauer & Mitgefühl, Unsicherheit, Hilflosigkeit* und *Sonstige Emotionen*.

Tabelle 2

Spezifizierende Kategorien der Detailkategorie „Emotionen“

Spezifizierende Kategorie	N (n=7)	%
Motivation & Frustration	4	57.1%
Mitleid & Trauer	3	42.8%
Unsicherheit	5	71.4%
Hilflosigkeit	5	71.4%
Sonstige Emotionen	7	100%

Motivation. Vier der befragten ÜbungsleiterInnen gaben an, sie hätten während der Zeit im Programm zeitweise mit geringer Motivation oder Frustration gekämpft (D1, D3, D5, D6). Ein Übungsleiter meinte „*Also ich hatte bestimmt ein paar Tage gehabt, wo ich nicht unbedingt hin wollte. Das war halt nur ein Praktikum*“ (D1:80(11)). Geringe Motivation wurde von zwei Befragten in Zusammenhang mit einer geringen Teilnehmeranzahl beschrieben (D385(57-58), D6:18(36)). Da gelegentlich nur ein Teilnehmer erschienen sei, hätten sie mit ihrer „*Motivation zu kämpfen*“ (D3:15(57)) gehabt, „*sich immer wieder zu sagen, 'Ja es bringt sich was' (...)*“ (D3:85(57-59)). Eine Übungsleiterin beschrieb die erlebten Sprachbarrieren als „*frustrierend*“ (D5:30(61), D5:103(101), D5:116(99)). Das Anleiten von Übungen sei dadurch anstrengend gewesen, „*weil du dir denkst, du würdest wissen wie es geht und könntest es ihnen sagen, aber sie verstehen es nicht*“ (D5:30(61)).

Trauer & Mitgefühl. Die ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten im Laufe des Programms „*Traurigkeit oder Leere*“ (D4:80(261)), sowie „*Trauer*“ (D4:152(125)) und „*Mitgefühl für die TeilnehmerInnen und deren Leiden (...)*“ (D2:11(37)) verspürt. Diese Emotionen stünden in Zusammenhang mit den Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen (D5:126(135)), deren derzeitiger Situation (D4:152(125)) und Trauer darüber „*(...), dass man selber eigentlich relativ wenig machen kann.*“ (D2:21(55)).

Unsicherheit. Fünf der befragten ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten während der Tätigkeit im Programm das Gefühl von Unsicherheit verspürt (D1, D3, D4, D6, D7). Ein Übungsleiter berichtete, er habe in der ersten Einheit an sich gezweifelt und „*echt kurz überlegt 'ich weiß nicht ob ich das kann'*“ (D1:17(39)). Vier der befragten Personen gaben an, im Umgang mit den TeilnehmerInnen manchmal nicht gewusst zu haben, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten sollten ((D3:22(81-85), D6:30(63), D7:62(193)). Eine Übungsleiterin beschrieb, dass sie manche Aussagen der TeilnehmerInnen, welche sich auf deren Tod bezogen, verunsichert hätten, da sie nicht wusste „*Ist das jetzt Spaß oder ist das Ernst?*“ (D3:86(59-61)). Eine Übungsleiterin habe sich verunsichert gefühlt, wenn die TeilnehmerInnen während

der Übungen über Schmerzen klagten und meinte: „(...) und dann bist du natürlich verunsichert. Du willst ja nicht, dass die Schmerzen haben, weil du eine Übung ansagst.“ (D7:62(193)). Das sei schwierig für sie gewesen und sie habe sich „selber gefragt, 'Machen wir das Richtige?' Also, 'Machen wir etwas falsch beim Übungsprogramm?'.“ (D7:26(61)).

Hilflosigkeit. Vier der ÜbungsleiterInnen gaben an, sie hätten sich hilflos gefühlt, weil sie das Wohlbefinden der TeilnehmerInnen im Programm nicht verbessern konnten (D3:21(73), D5:23(51), D6:31(65-71), D7:56(171)). Eine Übungsleiterin beschrieb ein „Ohnmachtsgefühl“ (D5:25(51), weil es TeilnehmerInnen geben würde „wo du nichts tun kannst. Und du möchtest so gerne helfen“ (D5:25(51)). Eine Übungsleiterin meinte es sei teilweise schwierig gewesen „das auch auszuhalten (...) zu wissen wie schlecht es denen geht. Und zu wissen, du kannst denen auch nicht helfen.“ (D7:21(53)). Vier der befragten Personen führten an, sie hätten sich in Bezug auf die Lebenssituation der TeilnehmerInnen, hilflos gefühlt, da sie ihnen hinsichtlich Asylverfahren, finanzieller oder familiärer Situation nicht helfen konnten (D5:20(45-47), D7:81(175), D2:10(33)). Die Situation der TeilnehmerInnen wurde als „nicht veränderbar“ (D2:8(33)) und „desillusionierend“ (D2:72(33)) erfahren. Eine Übungsleiterin meinte: „Ich meine, was will ich als Übungsleiterin tun? Ich kann ja nicht den Sohn zurückholen aus dem Krieg (...)“ (D4:51(175)). Ein Übungsleiter beschrieb das Gefühl der Hilflosigkeit auf einer gesellschaftlichen Ebene. Er meinte: „(...), dass so viele in Not sind (...)“ (D2:65(99)) und die Frage was man selber tun kann „sich ad absurdum“ führen würde, „weil man so hilflos ist (...) auf der Ebene der Gesellschaft.“ (D2:33(99)).

Sonstige Emotionen. Eine Übungsleiterin nannte „Angst“ als erlebte Emotion beim Erstkontakt mit den TeilnehmerInnen (D3:23(77)) und berichtete, sie hätte sich durch die Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen zunächst „eingeschüchtert“ gefühlt (D3:42(169)). Ein Übungsleiter meinte er habe „Furcht“ darüber empfunden, dass die TeilnehmerInnen abgeschoben werden könnten (D2:22(55)). Eine Übungsleiterin beschrieb, sie habe während den Erstkontakten „Emotionslosigkeit“ empfunden, welche sie

in Zusammenhang mit Gegenübertragung sah (D4:23(135)). Zwei der ÜbungsleiterInnen berichteten von erlebtem Stressempfinden in den Einheiten (D4:172(217), D5:92(247)). Diese seien in Zusammenhang mit hohen Erwartungen an sich selbst und der daraus resultierenden hohen Vorbereitungszeit gestanden (D4:47(193)), sowie dem Wunsch, die Einheiten optimal für die TeilnehmerInnen zu gestalten (127:225) und den Gedanken, verantwortlich für die TeilnehmerInnen zu sein. In Zusammenhang mit der Situation der Flüchtlinge erwähnte ein Übungsleiter, er habe neben „Ärger auf das System“ (D2:20(55)) auch Gefühle von „Schuld“ (D2:29(79)) verspürt und sich die Frage gestellt, „was man selber machen könnte. Was man verändern könnte, wie man selbst tätig und aktiv werden kann“ (D2:20(79)).

Unterkategorie 1_3_Emotionsübertragung. Fünf der ÜbungsleiterInnen berichteten davon, wie sich Emotionen von den TeilnehmerInnen auf sie selbst übertragen hätten (D1, D2, D3, D4, D6).

Zwei der befragten Personen gaben an, wie sich positive Emotionen wie Freude und die gute Stimmung der TeilnehmerInnen auf sie übertragen hätte (D3:6(15), D6:12(25-27)). Eine Übungsleiterin meinte diesbezüglich: „Ich hab mich sehr wohl gefühlt und diese Freude hat sich auf mich total übertragen.“ (D3:6(15)). Zwei der ÜbungsleiterInnen nannten in diesem Zusammenhang negative Emotionen (D1:24(51), D4:18(117)). Sie erzählten, die Stimmung im Raum habe sie „mitgerissen“ (D1:24(51)) und sie hätten die Emotionen in sich „aufgesaugt“ (D4:21(125-127)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe „ziemlich viel gespürt mit Übertragung – Gegenübertragung (...)“ (D4:18:117). Sie schilderte, dass sich auch physische Empfindungen bei ihr übertragen hätten. So habe sie sich nach dem Gespräch mit einer TeilnehmerIn mit einer Krankheitsempfindung erlebt. Als eine weitere Gegenübertragungsempfindung beschrieb sie, wie sie Stunden nach der Intervention Konzentrationsschwierigkeiten erlebt und kurz darauf unvermittelt zu weinen begonnen habe.

3.2 Hauptkategorie (2) Belastungen

Fragestellung 2. Die Diskussion der Ergebnisse von Hauptkategorie (2) Empfindungen beantwortet die Unterfrage 2: *Welche Belastungen wurden von den ÜbungsleiterInnen während der Tätigkeit im Programm bewusst erlebt?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die Unterkategorien 2_*Belastungen* ist in die Unterkategorien *Programmstruktur* und *TeilnehmerInnen* definiert.

Tabelle 3

Kategorienverteilung der Hauptkategorie (2) Belastungen

Unterkategorie	Detailkategorie	N (n=7)	%
Programmstruktur		7	100%
	Raum & Zeit als Belastung	4	57.1%
	Verantwortung	3	42.8%
	Vorbereitung & Nachbereitung	3	42.8%
	Triggerpunkte	4	57.1%
	Sprachbarriere	5	71.4%
TeilnehmerInnen		7	100%
	Hintergrundgeschichten	5	71.4%
	Anzahl der TeilnehmerInnen	5	71.4%
	Leiden & Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen	7	100%
	TeilnehmerInnen		
	Flüchtlingssituation	6	85.7%

Unterkategorie 2_1_Programmstruktur. Alle ÜbungsleiterInnen gaben an, aufgrund der Programmstruktur Schwierigkeiten erlebt zu haben.

Raum & Zeit als Belastungsfaktor. Vier der befragten ÜbungsleiterInnen erwähnten räumliche oder zeitliche Faktoren in Zusammenhang mit Belastungserleben (D3, D4, D5, D6). Die Übungsleiterin

meinte, sie habe sich teilweise „von der Organisation her voll eingeschränkt“ (D5:32(73)) gefühlt, beispielsweise „(...) welche Räume wir zur Verfügung gekriegt haben. Welche Zeiten wir gehabt haben (...)“ (D5:32(73)). Zwei ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten gerne im Freien gearbeitet, aber aufgrund der kalten Jahreszeit seien sie gezwungen gewesen, die Einheiten in den Hallen abzuhalten (D3:51(217), D6:42(97-98)). Zwei ÜbungsleiterInnen erzählten, die Räumlichkeiten seien dann ein Belastungsfaktor gewesen, wenn sie für die TeilnehmerInnen nicht optimal waren (D4:75(249), D5:32(73)). Als negativ seien sehr große und hellhörige Räume, durch welche andere Sportgruppen zu hören waren, erlebt worden (D4:75(249)). Kleinere Räumlichkeiten hingegen seien bei einer größeren Teilnehmeranzahl als beengend erlebt worden, wenn raumeinnehmende Übungen und Spiele durchgeführt wurden (D5:36(81)). Die Einheiten in diesen Räumen wurden als „weniger harmonisch“ (D5:39(85)) und „anstrengender“ (D5:39(85)) beschrieben. Eine Übungsleiterin erwähnte, es sei bei einer Teilnehmerin aufgrund der Beschaffenheit des Raumes zu einer Retraumatisierung gekommen (D4:77(253)). Neben den Räumlichkeiten habe eine Übungsleiterin die Zeiten, zu welchen die Einheiten abgehalten wurden, als nicht optimal für manche TeilnehmerInnen empfunden. „(...) und wir gewusst haben es ist eine schlechte Zeit. Aber wir haben nichts machen können, weil wir nur zu dieser Zeit den Raum gehabt haben“ (D5:33(75)).

Verantwortung. Drei der ÜbungsleiterInnen erwähnten, die Verantwortung über die Einheiten sei manchmal ein Stressfaktor gewesen (D4, D5, D7). Eine Übungsleiterin beschrieb, sie hätten neben dem Anleiten der Übungen auch auf die Gruppendynamik achten müssen und „(...), dass man dann da so hinlenkt, dass es für alle (...) passt“ (D4:64(227)). Weitere Faktoren seien Triggerpunkte (D4:60(215)), die Einhaltung des zeitlichen Ablaufes (D4:65(227)) und die Anwesenheit von Männern in der Frauengruppe (D4:61(217), D5:87(225)) gewesen. Zwei ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten sich für die TeilnehmerInnen verantwortlich gefühlt (D4:63(219-221), D7:29(73)). Eine Übungsleiterin beschrieb, sie habe einmal als Vertretung für eine Kollegin die Hauptverantwortung über den Ablauf der Einheiten

übernommen. Danach habe sie sich viel erschöpfter gefühlt, verglichen mit Einheiten, in welchen sie ausschließlich Übungen anleitete. *„Und bei einer Einheit (...) hab ich dann die Leitung eben sozusagen übernommen und da hab ich schon gemerkt, dass das eine größere Belastung ist.“* (D7:104(69)).

Vorbereitung & Nachbereitung. Drei ÜbungsleiterInnen beschrieben, inwiefern dieser Faktor eine Belastung für sie dargestellt hätte (D3, D4, D6). Zwei der befragten Personen erwähnten, dass mit Vor- und Nachbereitung der Intervention der gesamte Tag ausgelastet gewesen sei (D3:112(137), D4:51(197)). Eine der beiden meinte, dass *„(...) eigentlich der ganze Tag darauf ausgerichtet“* gewesen war (D3:112(137)). Eine andere Übungsleiterin beschrieb es seien sehr viele *„geballte Sachen“* und *„zu viele verschiedene Aufgaben“* auf sie zugekommen, mit welchen sie umgehen hätte müssen (D4:66(229)). Sie meinte dazu: *„Ich wollte mich möglichst gut vorbereiten und auch dass alles passt. Vielleicht hab ich mir selber dann auch den Stress gemacht“* (D4:47(193)). Zwei ÜbungsleiterInnen berichteten, dass die Organisation von Sportsachen für die TeilnehmerInnen, vor dem Beginn der Intervention, ein großer Aufwand gewesen sei (D3:146(201), D6:45(102)). Eine Übungsleiterin erwähnte, für sie sei das Tagebuchschreiben am Beginn der Intervention anstrengend und zeitraubend gewesen, da sie am Anfang *„ziemlich viel geschrieben“* habe und *„teilweise 2,3,4, Stunden dort gesessen“* sei (D4:193(195)).

Triggerpunkte. Es sprachen vier ÜbungsleiterInnen über ihr Erleben und den Umgang mit Triggerpunkten bei den TeilnehmerInnen (D1, D3, D4, D6). Das Achten auf Triggerpunkte habe sie in ihrer Planung und Durchführung der Einheiten beeinflusst ((D1:75(67-69), D6:93(107)). Ein Übungsleiter meinte er habe *„immer im Hinterkopf“* gehabt, *„dass man sowas vermeidet“* (D1:67(69)). Eine Übungsleiterin meinte, sie hätte dabei auf *„(...) viele Sachen, die (...) für uns selbstverständlich sind“*, achten müssen (D4:59(213)). Sie erzählte in diesem Zusammenhang, dass es sie belastet habe, als es bei einer Teilnehmerin aufgrund der Räumlichkeiten zu einer Retraumatisierung gekommen sei (D4:77(253)).

Sprachbarriere. Fünf der insgesamt sieben befragten Personen berichteten von erlebten Sprachbarrieren (D1, D3, D4, D5, D6). Davon erzählten zwei, für sie seien während den Einheiten DolmetscherInnen als Unterstützung anwesend gewesen und die hätten diese als hilfreich empfunden (D1:27(67), D5:31(63-69)). Zwei Übungsleiter gaben an, keine Dolmetscher während den Einheiten zur Verfügung gehabt zu haben (D3:48(189), D6:29(59)). Beide meinten, die Sprachbarrieren seien „*nicht die große Herausforderung*“ (D3:130(193-197)). Eine Übungsleiterin beschrieb es als „*versteckte Schwierigkeit*“ (D3:47(183)), da die TeilnehmerInnen, auch wenn sie nicht immer alles verstanden hätten, die Übungen einfach imitiert hätten (D3(D3:114(183))). Eine Übungsleiterin meinte sie habe „*oft das Gefühl gehabt, dass sie nicken und Ja- sagen, aber nicht wirklich verstehen*“ (D6:32(75)). Dies habe sie zwar „*schade*“ für die TeilnehmerInnen gefunden, für sie selbst sei dies aber weniger ein Problem gewesen (D6:34(83)). Eine Interviewte bemerkte, sich vorstellen zu können, dass ein/e DolmetscherIn eine „*zusätzliche Distanz zwischen die ÜbungsleiterInnen und die TeilnehmerInnen*“ gebracht hätte, weil dies einen „*Zwischenschritt (...) bei der Kommunikation*“ darstellen könnte (D3:63(227)). Dennoch meinte sie, es wäre in manchen Situationen „*schön gewesen, wenn alles angekommen wär*“ (D3:147(281)). Eine Übungsleiterin berichtete, die Sprachbarrieren seien für sie manchmal frustrierend gewesen, wenn sie das Gefühl hatte, die korrekte Ausführung der Übungen an die TeilnehmerInnen nicht vermitteln zu können (D5:48(101)). „*Frustrierend war, wenn du Übungen erklärst oder direkt vor einer Teilnehmerin stehst und sagst, 'Nein, sie soll es so machen' und sie versteht es nicht*“ (D5:116(99)).

Unterkategorie 2_2_TeilnehmerInnen. Alle ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten im Zusammenhang mit der Interaktion mit den TeilnehmerInnen Belastungen erlebt.

Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen. Fünf der interviewten Personen gaben an, sie hätten durch die Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen Formen von Belastungen verspürt (D1, D3, D4, D6, D7). Zwei ÜbungsleiterInnen berichteten, sie hätten sich, nachdem sie Informationen über die TeilnehmerInnen erhalten haben, mehr von deren Lebensgeschichten ausgemalt (D1:85(47), D4:124(379)).

Ein Übungsleiter meinte dazu: „*Es war, wie wenn man sich die ganzen Geschichten irgendwie vorstellen müsste (...)*“ (D1:85(47)). Eine Übungsleiterin erwähnte diesbezüglich, sie fände es gut, dass die Hintergrundinformationen über die TeilnehmerInnen nicht während, sondern erst nach Beendigung der Intervention für sie zugänglich gemacht worden seien. „*(...) sonst sieht man die Teilnehmer vielleicht schon mit ganz anderen Augen und dann erinnert man sich an die Geschichte und dann belastet einen das vielleicht mehr, als wenn man da ein bisschen unbefangen hingehht.*“ (D6:97(182)). Eine Übungsleiterin erlebte das Wissen über die Lebensschicksale der TeilnehmerInnen ambivalent: „*(...) einerseits wollte ich wissen, was diese Frauen erlebt haben. Aber andererseits war es auch sehr belastend.*“ (D7:19(49)). Zwei ÜbungsleiterInnen gaben an, durch das Wissen über die Vorgeschichte der TeilnehmerInnen sei es manchmal schwer für sie gewesen, sich abzugrenzen (D4:184(335), D7:55(171)). „*(...) ich hab da halt Einblicke bekommen, von ihrer Familie, von ihrem Leben (...)* Das war dann sehr intim und sehr privat. Das war dann auch schwierig, dass ich mich da abgrenzen hab können (...)“ (D4:184(335)).

Teilnehmeranzahl. Fünf der sieben befragten Personen gaben die Teilnehmeranzahl als Belastung an (D1, D3, D4, D5, D6). Drei ÜbungsleiterInnen erwähnten, die große Schwankung der Teilnehmeranzahl hätte sich auf ihre Planung der Einheiten ausgewirkt, und sie hätten zwischen Planung und tatsächlicher Durchführung der Einheiten sehr flexibel sein müssen (D1:49(117), D3:125(23-25), D5:128(235)). Ein Übungsleiter beschrieb diese Schwierigkeit folgendermaßen: „*Wir haben immer versucht, die Einheiten davor zu planen. Aber wir wussten halt nie, wie viele jetzt wirklich teilnehmen. (...)*“ (D1:49(117)). Eine Übungsleiterin erwähnte, sie habe große Teilnehmerzahlen teilweise als anstrengend empfunden. Sie meinte, es sei schwierig für sie gewesen, das Leid der TeilnehmerInnen zu sehen, vor allem, wenn sie es aufgrund der großen TeilnehmerInnenanzahl verstärkt wahrgenommen habe. „*Wenn dann auch wirklich sehr viele Frauen waren und ja (...)* Nicht immer waren die Frauen gut drauf. (...)*Man hat sehr viel Leid ablesen können. Und vielleicht das dann noch geballt.* (D4:217(231)). Zwei ÜbungsleiterInnen berichteten wiederum, sie hätten aufgrund geringer TeilnehmerInnenzahlen in den

Einheiten mit ihrer Motivation gekämpft und seien manchmal enttäuscht gewesen. (D3:16(57)), D6:31(49)). Eine der beiden meinte, dass dann „*die Motivationskurve immer so leicht nach unten*“ (D3:36(145)) gegangen sei und sie sich gefragt habe ob das alles Sinn mache, wenn nur ein Teilnehmer kommen würde. (D3:16(57)). Eine Übungsleiterin meinte sie hätte es „*schade*“ (D6:17(36)) gefunden, wenn nur wenige TeilnehmerInnen kamen. Sie meinte zwar „*(...) 'Das ist das Risiko'. Trotzdem war's halt dann oftmals eine Enttäuschung.*“ (D6:21(49)).

Leiden & Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen. Alle der befragten ÜbungsleiterInnen berichteten, das Leid und die Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen seien für sie eine Belastung gewesen. Belastend seien für sie unter anderem die leeren Blicke der TeilnehmerInnen gewesen (D4:54(203-205)), sowie wenn diese über Schmerzen klagten (D7:25(59)) oder Selbstmordgedanken äußerten (D2:16(45)). Eine Übungsleiterin meinte: „*(...) Solche Sachen waren belastend. Dass du sie anschaust und merkst, 'Boa, der geht's voll schlecht.*“ (D5:57(127)). Eine Übungsleiterin erwähnte, dass „*manchmal Aussagen von den TeilnehmerInnen kamen, die wie so kleine Faustschläge waren (...)*“ (D3:120(59-61)). Diese Aussagen hätten sich zumeist auf den eigenen Tod bezogen. Es sei schwierig für sie gewesen, „*(...) dass es Menschen gibt, die darüber nachdenken, in einer ganz alltäglichen Situation, dass sie eigentlich zwei Tage später nicht mehr leben könnten.*“ (D3:120(59-61)). Zwei der ÜbungsleiterInnen erwähnten, dass die Wahrnehmung körperlicher Versehrtheiten der Teilnehmer einen nachhaltigen Eindruck auf sie gemacht habe (D1:53(126), D2:17(45-47)). Zwei ÜbungsleiterInnen beschrieben, das Leiden einer/s TeilnehmerIn hätte sich auf andere TeilnehmerInnen übertragen und dadurch sei die Stimmung in manchen Einheit gekippt (D4:56(205), D7:25(59)). Eine der beiden beschrieb: „*(...) wenn eine Frau (...) zum Beispiel nur über Schmerzen geklagt hat. Das war auch sehr belastend. Also das hat sich auch auf die (...) anderen Teilnehmer übertragen.*“ (D7:25(59)).

Flüchtlingssituation der TeilnehmerInnen. Sechs der befragten Personen gaben an, sie habe die Flüchtlingssituation der TeilnehmerInnen gedanklich beschäftigt (D1, D2, D4, D5, D6, D7). Vier

ÜbungsleiterInnen erwähnten in diesem Zusammenhang die finanzielle Situation der TeilnehmerInnen (D1:58(75), D2:8(33), D6:92(106), D7:99(55)). Eine Übungsleiterin meinte, ihr sei „dann erst so richtig bewusst geworden, wie wenig finanzielle Mittel und Sozialmittel und auch Ressourcen diejenigen haben“ (D7:99(55)). Für fünf Befragte sei der unsichere Asylstatus mancher TeilnehmerInnen ein Belastungsfaktor gewesen (D2:24(61), D4:112(345), D5:98(45), D6:56(139-140), D7:83(55)). Drei ÜbungsleiterInnen erzählten, dass sie sich, wenn TeilnehmerInnen nicht mehr in die Einheiten kamen, Sorgen über deren potentielle Abschiebung gemacht hätten (D2:77(95-97), D4:112(345), D6:56(139-140)). Eine Übungsleiterin beschrieb, es habe sie sehr mitgenommen, „ (...) weil es immer so war ‘Kommt sie jetzt oder nicht? Wo ist sie? Haben wir noch Kontakt zu ihr?’ Immer so eine Wackelgeschichte“ (D4:112(345)). Zwei ÜbungsleiterInnen gaben an, die Abschiebung einer Teilnehmerin belastend empfunden zu haben (D5:98(45), D7:83(55)).

3.3 Hauptkategorie (3) Ressourcen

Fragestellung 3: Welche Faktoren der Tätigkeit im Programm wurden als stärkend und als Ressource erlebt?

Die Hauptkategorie ist untergliedert in die beiden Unterkategorien *TeilnehmerInnen* und *Programm Movi Kune*.

Tabelle 4

Kategorienverteilung der Hauptkategorie (3) Ressourcen

Unterkategorie	Detailkategorie	N (n=7)	%
TeilnehmerInnen		7	100%
	Entwicklung der TeilnehmerInnen	6	85.7%
	Freude der TeilnehmerInnen	7	100%
	Rückmeldung der TeilnehmerInnen	5	71.4%
	Stärke der TeilnehmerInnen	4	57.1%

	Gefühl Gutes zu tun	6	85.7%
Programmstruktur		7	100%
	Programmorganisation	4	57.1%
	Raum & Zeit als Ressource	4	57.1%
	Ganzheitlichkeit & Interdisziplinarität	3	42.8%
	Auftrag & Idee von Movi Kune	6	85.7%

Unterkategorie 3_1_TeilnehmerInnen. Die Arbeit mit den TeilnehmerInnen habe für alle der Befragten eine Ressource dargestellt.

Entwicklung der TeilnehmerInnen. Insgesamt erwähnten sechs ÜbungsleiterInnen, die Entwicklung der TeilnehmerInnen habe für sie eine Ressource dargestellt (D1, D3, D4, D5, D6, D7). Eine Übungsleiterin meinte, die Entwicklung der Frauen sei eine Ressource für sie gewesen, und meinte: „ (...) *da merkst du, du kannst helfen*“ (D7:134(51)). Die ÜbungsleiterInnen beschrieben, sie hätten es als positiv erlebt, wenn die TeilnehmerInnen in den Einheiten Erfolge erlebten und „*kleine Ziele erreichen. Das heißt bei einem Basketballspiel einmal den Korb zu treffen. Man freut sich darüber. Das ist schon viel (...)*“ (D3:142(301)). Positiv sei erlebt worden, wie die TeilnehmerInnen im Laufe der Intervention selbstbewusster geworden seien und sich mehr zugetraut hätten, wie beispielsweise selbst Übungen anzuleiten (D3:13(45)), freier in ihren Bewegungen zu sein (D5:4(11-13)) und sich bunter zu kleiden (D4:180(303), D5:123(9-11)). Zwei ÜbungsleiterInnen beschrieben, ihre Beziehung zu den TeilnehmerInnen hätte sich durch deren Fortschritte positiv entwickelt (D1:71(85), D5:44(95)). Zu Beginn hätten sich die TeilnehmerInnen mehr eingeschüchtert und ängstlich verhalten und im Laufe der Zeit hätten sie bewusst Augenkontakt hergestellt und offener mit den ÜbungsleiterInnen gesprochen (D5:44(95), D5:117(13)). Ein Übungsleiter meinte diesbezüglich: „*Am Anfang haben sie mir grad mal die Hand geben können und am Schluss war es halt so ein High Five und alles (...)*“ (D1:71(85)). Ein Übungsleiter meinte, er habe es als positiv erlebt, dass sich bei einem Teilnehmer die Traumasymptomatik

durch die Teilnahme am Programm verringert habe (D1:8(21), D1:62(27)) und sich bei mehreren TeilnehmerInnen die Körperwahrnehmung verbessert habe (D1:6(15)). Eine Übungsleiterin erwähnte in diesem Zusammenhang, dass es für sie belastend gewesen sei, wenn sich bei den TeilnehmerInnen keine Entwicklung zeigten (D5:26(57-59)).

Freude der TeilnehmerInnen. Alle der ÜbungsleiterInnen erwähnten in den Interviews, die Freude der TeilnehmerInnen sei für sie eine Ressource gewesen. Drei der befragten Personen berichteten, es sei für sie eine positive Erfahrung gewesen, zu merken, wie gerne die TeilnehmerInnen in die Einheiten gekommen seien und sich darauf gefreut hätten (D1:1(5), D6:2(5), D7:109(197)). Drei ÜbungsleiterInnen erzählten, es sei schön gewesen, wenn die TeilnehmerInnen sie angelacht hätten (D5:43(95)) oder sie gemeinsam mit den TeilnehmerInnen gelacht hätten (D6:12(25-27)). Die positiven Gefühle der TeilnehmerInnen haben, laut zwei ÜbungsleiterInnen, negativ empfundene Umstände gemildert (D6:49(111)) und „*sehr viel aufgewertet*“ (D4:53(201)). Eine Interviewte meinte, es habe zwar an ihrer „*Motivation gekratzt*“ (D6:15(31)), wenn nur ein Teilnehmer in die Einheit kam, aber „*wenn man gesehen hat, dass auch der Eine sich freut (...), war's dann auch wieder ok*“ (D6:16(32)). Die ÜbungsleiterInnen beschrieben, es habe ihnen gut getan, wenn sie mitbekamen, wie die TeilnehmerInnen in den Einheiten „*aufgeblüht*“ (D6:87(23)) seien, „*Spaß*“ gehabt hätten (D3:4(11)) und „*mit Freude*“ mitgemacht (D6:2(5)) hätten.

Rückmeldungen der TeilnehmerInnen. In den Interviews erwähnten fünf der TeilnehmerInnen, sie hätten durch die positiven Rückmeldungen der TeilnehmerInnen viel zurückbekommen (D1, D3, D5, D6, D7). Ein Übungsleiter meinte, die Dankbarkeit, welche ihnen von den TeilnehmerInnen gezeigt worden sei, sei für ihn viel wert gewesen: „*Ich hab zwar kein Geld für den Job bekommen (...), aber was man da auf der Ebene eben von den Menschen zurückbekommen hat, an Dankbarkeit (...) das war viel mehr Wert (...)*“ (D1:14(31)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie würde sich, konfrontiert mit Unzufriedenheit in ihrer aktuellen Arbeitsstelle gern an die Intervention zurückerinnern, da auch schon

bei „*wirklich ganz banalen Sachen (...) so viel Freude und Dankbarkeit*“ von den TeilnehmerInnen zurückgekommen sei (D6:38(88)). Drei ÜbungsleiterInnen gaben an, dass positives Feedback der TeilnehmerInnen für sie eine Ressource gewesen sei (D3:2(5), D5:42(95), D7:4(5)). Sie erzählten, dass sie sich darüber gefreut hätten, wenn die TeilnehmerInnen ihnen gesagt hätten, wie sehr ihnen das Programm gefalle, wie gut es ihnen tue (D5:42(95)) und dass sie gern in die Einheiten kommen würden (D7:80(9)).

Stärke der TeilnehmerInnen. Vier der Befragten gaben an, sie hätten die Stärke der TeilnehmerInnen als persönliche Ressource wahrgenommen (D1, D2, D3, D4). Eine Übungsleiterin beschrieb, die TeilnehmerInnen seien für sie ein „*Vorbild*“ (D4:10(29-30)) gewesen, da diese trotz der erlebten Schwierigkeiten, nicht aufgeben würden (D4:134(417)). Dies habe sie auch zur Bewältigung von eigenen Schwierigkeiten mitnehmen können, da sie sich gedacht habe: „*Ja es gibt Menschen, die haben noch Schrecklicheres erlebt und das sind eben die Stehaufmännchen und ich werde das jetzt auch schaffen.*“ (D4:142(27)). Ein Übungsleiter beschrieb, er habe es bemerkenswert gefunden, wie ein Teilnehmer trotz Kopfweh und Schmerzen regelmäßig die Einheiten besucht habe (D1:61(25)). Zwei der befragten Personen gaben an, sie hätten anfänglich die Belastbarkeit der TeilnehmerInnen falsch eingeschätzt (D1:18(39-41), D3:61(263)). Zunächst hätten sie die TeilnehmerInnen aufgrund ihrer Hintergrundgeschichten in einer Opferrolle gesehen. Nach kurzer Zeit jedoch sei ihnen bewusst geworden, dass man die TeilnehmerInnen nicht mit „*Samthandschuhen anfassen*“ (D3:45 (169)) müsse, und sie hätten das Gefühl gehabt, die TeilnehmerInnen „*wollen gar nicht anders behandelt werden*“. (D3:69(173)). Ein Übungsleiter meinte „*Von einer zu nächsten Einheit hat man sie dann nicht mehr als diese ‚Opfer‘ gesehen, sondern einfach als diese Teilnehmer an diesem Programm*“ (D1:18(39-41)). Ein Übungsleiter erwähnte, für ihn sei es eine Ressource gewesen, dass einige TeilnehmerInnen nach außen psychisch und physisch keine offensichtliche Traumatisierung aufgewiesen hätten (D2:42(121)). Er habe „*Kraft aus den Personen geschöpft*“, bei welchen er sich gedacht habe „*Boa, die haben ja wirklich gar nichts*“ (D2:47(145)).

Gefühl Gutes zu tun. Das Gefühl etwas Gutes zu tun und Menschen helfen zu können sei für sechs der Befragten eine Ressource gewesen (D1, D2, D5, D6, D7). Ein Übungsleiter erzählte, er habe es als positiv erlebt, „*dass man den Menschen hilft und unterstützt*“ (D2:4(13)). Drei der ÜbungsleiterInnen beschrieben, dass sie sich gut gefühlt hätten, weil sie, verglichen mit anderen Praktika, Forschungsarbeiten oder Jobs, in dieser Arbeit einen Mehrwert sahen (D3:7(15), D5:68(155), D6:7(17)). Dies habe auch im Privatleben eine Quelle für Zufriedenheit dargestellt (D5:27(159-161)). Eine Übungsleiterin meinte dazu: „*(...) ich hab so viele Nebenjobs gehabt (...), die einfach Nebenjobs waren. Und das war jetzt endlich mal eine Arbeit, wo ich mir gedacht hab 'Woah, ich tu was Sinnvolles'*“ (D5:70(175)).

Unterkategorie 3_2_Programm Movi Kune. Alle ÜbungsleiterInnen berichteten, das Programm Movi Kune habe für sie eine Ressource dargestellt.

Programmorganisation. Vier ÜbungsleiterInnen äußerten sich positiv zum Aufbau des Programms und Programmstruktur (D1, D2, D3, D4). Ein Übungsleiter meinte, er habe das Programm als „*gut aufgebaut (...), organisiert und strukturiert*“ erlebt (D1:51(120)). Zwei der befragten Personen gaben an, es als positiv empfunden zu haben, auf Augenhöhe an dem Projekt beteiligt gewesen zu sein. (D1:90(111), D2:5(9)). Ein weiterer Übungsleiter meinte, er habe sich „*als Praktikant nicht irgendwie mit einem niedrigem Statusgefühl*“ empfunden und schätze es wert, dass bei Gruppendiskussionen seine Meinung genauso ernst genommen worden sei, wie jene der TherapeutInnen (D1:90(111)). Eine Übungsleiterin meinte, dass trotz mancher organisatorischer Schwierigkeiten die Einheiten „*eh immer sehr gut verlaufen*“ (D4:169(193)) seien und, dass „*alles immer irgendwie gepasst*“ habe (D4: 5(13)).

Raum & Zeit als Ressource. Die Räumlichkeiten wurden von vier ÜbungsleiterInnen als Ressource beschrieben (D3, D4, D5, D6). Eine Übungsleiterin berichtete, es sei für sie angenehm gewesen, die Aufwärmübungen „*in der Halle anzuleiten*“ (D3:52(231)) und „*draußen dieses Lauferlebnis zu haben*“ (D3:81(132)). Eine Übungsleiterin meinte es sei von Vorteil gewesen, auf der Laufbahn zu

laufen, da dadurch die Gruppe immer zusammengeblieben sei und „selbst wenn jeder sein Tempo lief, hat man immer gesehen, wo die anderen sind (...)“ (D6:48(110)). Zwei ÜbungsleiterInnen merkten an, dass sie einen bestimmten Raum positiv in Erinnerung hätten (D4:78(253), D5:28(85)). Dieser wurde als „hell“ und „sonnig“ beschrieben (D4:78(253)). Eine Übungsleiterin meinte „(...), dass der Raum eine Stimmung vermittelt hat, die sehr positiv war. Es war so eine Einheit. So eine Fraueneinheit. So was Kleines, Kompaktes und Freundliches“ (D4:101(317)). Die Einheiten darin wurden von einer Übungsleiterin als „entspannter“ erlebt und sie sei nach diesen Einheiten „viel weniger erschöpft“ gewesen (D5:38(85)). Eine Übungsleiterin erwähnte, sie habe erlebt, wie während des Übergangs von Winter zu Sommer die Stimmung der Frauen in den Einheiten immer besser wurde (D4:93(293)). Sie stellte die Vermutung auf, dass dies, neben der kontinuierlichen Anwesenheit in den Einheiten, mit dem Jahreszeitenwechsel zusammenhängen könnte (D4:94(297)), D4:178(295)).

Ganzheitlichkeit & Interdisziplinarität des Programms. Drei ÜbungsleiterInnen äußerten sich über die Ganzheitlichkeit & Interdisziplinarität des Programms Movi Kune. (D4, D5, D7). Alle drei waren in der Frauengruppe der Intervention 2014 tätig. Es wurde als „schön“ empfunden, „wenn das dann so zusammenfließt“ (D4:13(39)) und so viele verschiedene Richtungen „(...) zu Einem zusammen kommen“ (D4:144(39)). Die ÜbungsleiterInnen meinten, dass die Kombination des sporttherapeutischen und kunsttherapeutischen Zugangs „wahnsinnig gut funktioniert“ (D7:67(211)) und „große Fortschritte“ dadurch erzielt werden könnten (D5:77(183)). Eine der ÜbungsleiterInnen meinte, es habe sie überrascht, „dass die so gut kombinierbar sind. (...) und dass das auch den Frauen so viel gibt (...) und sie sich mehr öffnen können (...) in der Kombination.“ (D7:67(25))

Auftrag & Idee von Movi Kune. Sechs der ÜbungsleiterInnen beschrieben in den Interviews, sie hätten den Auftrag und die Idee hinter Movi Kune als positive Ressource erlebt (D2, D3, D4, D5, D6, D7). Sie schilderten, sie hätten es positiv empfunden, dass bedürftigen Menschen mit diesem Programm der Raum und die Zeit gegeben werde, für eine Stunde abschalten zu können (D7:78(267)), nicht

nachdenken zu müssen (D3:67(297)) und gemeinsam Spaß haben zu können (D3:108(293)). Eine Übungsleiterin meinte sie habe erlebt „*wie glücklich*“ die TeilnehmerInnen gewesen seien, „*in diesem Rahmen zu sein, wo es einfach nur um sie geht (...)*“ (D3:96(111)). Eine weitere Übungsleiterin meinte, für sie sei es „*ein schöner Gedanke, (...), dass du jemand Raum und Zeit gibst sich zu entfalten*“ (D7(48(111))).

3.4 Hauptkategorie (4) Bewältigungsstrategien

Fragestellung 4: *Welche Selbstfürsorgestrategien standen den BegleiterInnen zu Verfügung und wurden angewendet?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die zwei *Bewältigungsstrategien im Programm* und *Bewältigungsstrategien Privat* erstellt.

Tabelle 5

Kategorienverteilung der Hauptkategorie (4) Bewältigungsstrategien

Unterkategorie	Detailkategorie	N (n=7)	%
Privat		7	100%
Im Programm		7	100%
	Gruppengespräche	7	100%
	KollegInnen	7	100%
	Tagebücher	3	42.8%
	Anpassung	7	100%

Unterkategorie 4_1_Bewältigungsstrategien im Programm. Es gaben alle ÜbungsleiterInnen an, im Programm Bewältigungsstrategien genutzt zu haben.

Gruppengespräche. Alle der befragten ÜbungsleiterInnen erwähnten in den Interviews, sie hätten die Gruppengespräche nach den Einheiten als positiv und unterstützend erlebt. Vier ÜbungsleiterInnen beschrieben, sie hätten die Gruppendiskussionen als gute Möglichkeit gesehen, sich fachlich über den

Programminhalt auszutauschen (D1:26(89), D2:38(109), D5:49(105), D7:95(193)). Sie erzählten, sie hätten Verbesserungen am Programm besprochen (D2:38(109)) oder wie man schwierige Situationen mit den TeilnehmerInnen handhaben könne (D5:124(51), D7:95(193)). Ein Übungsleiter äußerte, es sei vor allem um inhaltliche Fragen bezüglich „*Was kann man am Programm ändern*“ und *Was können wir noch tun*“ (D2:38(109)) gegangen. Im Verlauf des Interviews ergänzte er, es sei auch *„vieles in Form einer Supervision besprochen worden.“* (D2:78(199)) Er erklärte, er habe nie das Gefühl gehabt, ihm hätten Maßnahmen für eine Betreuung gefehlt, obwohl *„eigentlich nichts wirklich dazu gemacht“* worden sei (D2:38(109)). Gleichzeitig meinte eine Übungsleiterin, dass das Reflektieren über Empfindungen und Fragen wie *„Was waren die Eindrücke? Wie geht es uns jetzt, wie geht es uns vorher, welche Stimmungen haben wir mitbekommen?“* (...) *einen ganz guten Einfluss*“ gehabt habe (D4:100(315-317)). Sie war an zwei Interventionen beteiligt und erzählte, dass es während der ersten Intervention wenige Gruppengespräche gegeben hätte. Diese wären ihr abgegangen und es habe *„die gemeinsame Kommunikation sehr gefehlt“* (D4:99(313-315)).

KollegInnen. Alle ÜbungsleiterInnen äußerten, dass die anderen ÜbungsleiterInnen eine Ressource für sie gewesen seien. Sechs der befragten Personen erzählten, die Kommunikation und der Austausch mit anderen ÜbungsleiterInnen hätten ihnen gut getan und sie hätten dies als wichtig und unterstützend empfunden (D1:47(111), D3:29(115), D4:69(233), D5:136(105), D6:67(186), D7:32(85)). Zwei Interviewte erzählten, dass die Gespräche mit anderen ÜbungsleiterInnen deshalb positiv empfunden worden seien, weil KollegInnen die TeilnehmerInnen ebenfalls kannten und die belastende Situationen nachvollziehbar gewesen seien. Dadurch sei es leichter gewesen, negative Empfindungen zuzulassen und sie mit anderen zu besprechen (D4:122(375), D5:136(105)). Eine Übungsleiterin beschrieb dies folgendermaßen: *„Weil es dann auch schwierig ist zu sagen ‘Mah, heute hat mich die Frau XY aufgeregt (...)’. Und, dass du solche Gefühle irgendwie auch zulassen kannst. (...) das geht in dem Rahmen der Trainerinnen leichter, weil sie die Situation auch wahrgenommen haben“* (D5:50(107)).

Die Anwesenheit von mehreren ÜbungsleiterInnen in den Einheiten wurde von drei ÜbungsleiterInnen als wichtig und „*sinnvoll*“ (D4:69(233)) beschrieben, weil sie so die Möglichkeit gehabt hätten, sich während der Einheiten gegenseitig aufzufangen und zu unterstützen (D3:55(237-239), D7:31(81)). Eine Übungsleiterin meinte dazu: „(...) *das Positive war, dass wir als Übungsleiterinnen zu zweit waren und man konnte das immer schön ausgleichen*“ (D3:55(237-239)). Des Weiteren habe die Gegenwart von mehreren Personen motivierend gewirkt, wenn nur wenige TeilnehmerInnen zu den Einheiten erschienen (D3:37(145-157), D6:22(49)).

Zwei ÜbungsleiterInnen gaben an, die Anwesenheit der TherapeutInnen und deren Unterstützung in Gesprächen seien hilfreich gewesen (D3:27(93)), D4:174(227)). Drei der befragten Personen erzählten, dass sie die Hilfestellung des Programmleiters positiv in Erinnerung hätten, und dass er ihnen das Gefühl gegeben hätte, bei Problemen jederzeit für sie erreichbar zu sein (D1, 78(91), D4:119(335-359), D6:58(160)). „*Der C. hat uns immer das Gefühl gegeben, wenn es irgendwas gibt, dann können wir ihn auch jederzeit (...) kontaktieren. Das war auch schön zu wissen*“ (D6:58(160)). Ein Übungsleiter erzählte, alle, sowohl der Projektleiter als auch die TherapeutInnen und ÜbungsleiterInnen, seien immer in Absprache miteinander gestanden. Dies habe er als sehr wichtig empfunden (D1:47(111)).

Von den befragten Personen erzählten fünf, dass das Arbeitsklima „*sehr angenehm*“ (D2:9(5)) und die Beziehung zu den KollegInnen sehr gut gewesen sei (D3:31(101), D4:70(223), D6:71(192-194), D7:8(13)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie seien ein „*extrem gutes Team*“ (D4:103(319-321)) gewesen und hätten sich „*blind verstanden*“ (D4:102:317-319)). Eine Übungsleiterin meinte, sie habe aufgrund des guten Teamzusammenhaltes gewusst „(...) *ich kann jederzeit wen anrufen und sie können mich jederzeit anrufen (...) das war wie so ein Auffangnetz*“ (D7:34(89), D7:57(179)). Zwei Befragte gaben an, ein guter Zusammenhalt zwischen den ÜbungsleiterInnen sei auch deshalb so wichtig gewesen, weil sich diese positive Stimmung auf die TeilnehmerInnen übertragen hätte (D4:137(249), D7:72(245)). Eine Übungsleiterin stellte die Vermutung auf, die Arbeit im Programm hätte belastend sein können, wenn

niemand zum Austauschen da gewesen wäre, da bestimmte Dinge nicht verarbeitet werden hätten können. Sie meinte: „*Ich glaub‘, wenn man die Möglichkeit nicht hat, ist es vielleicht eine größere Belastung. Weil vielleicht möchte man sich mit jemanden austauschen, vielleicht ist keiner da und dann denkt man noch länger darüber nach (...)*“ (D3:70(190)).

Tagebücher. Insgesamt drei ÜbungsleiterInnen erzählten von dem Schreiben der Tagebücher als eine hilfreiche Bewältigungsstrategie (D1, D3, D4). Ein Übungsleiter erzählte, er habe durch das Aufschreiben der Erlebnisse die Dinge „*verarbeiten*“ (D1:21(43)) und mit ihnen „*abschließen*“ (D1:43(95-97)) können. Er meinte: „*Also für mich war das so ‘Ok, das war jetzt das und jetzt leg ich das weg.*““ (D1:43(95-97)). Eine Übungsleiterin berichtete, das Tagebuchschreiben sei für sie eine Möglichkeit gewesen, sich die Dinge „*von der Seele zu reden*“ (D3:28(101-105)) um wieder „*frei für die nächste Einheit*“ (D3:28(101-105)) zu sein. Für eine Übungsleiterin habe das Tagebuchschreiben ein „*kleines Stück Therapie*“ dargestellt (D4:86 (296)).

Anpassung. Alle ÜbungsleiterInnen erzählten, sie hätten sich im Programm durch unterschiedliche Strategien an gewisse Umstände angepasst. Drei der Befragten erwähnten, für sie seien die ersten Kontakte mit den TeilnehmerInnen schwierig gewesen, weil sie die traumatischen Geschichten der TeilnehmerInnen im Hinterkopf gehabt hätten. Diese Empfindungen hätten sich nach den ersten Einheiten bei allen dreien gelegt (D1:19(41), D3:129(173), D4:164(171)). Eine der drei ÜbungsleiterInnen beschrieb, dass „*(...) sich das Gefühl innerhalb von wenigen Minuten, sobald die Teilnehmer ein Gesicht hatten (...) verflüchtigt*“ habe (D3:129(173)).

Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe während der Intervention „*Kompromisse*“ geschlossen (D6:47(109)) und ihr „*Ansprüche runtergeschraubt*“ (D6:51(127)). Dadurch habe sie bestimmte Dinge nicht mehr als störend empfunden (D6:51(127)). Zwei ÜbungsleiterInnen erzählten, sie hätten unangenehme Umstände nicht mehr als schlimm empfunden, weil diese den TeilnehmerInnen nichts

ausgemacht hätten (D3:50(121-123), D5:115(229)). Eine der beiden erzählte: *„Ich hatte das Gefühl, es macht ihnen Spaß und tut ihnen gut, und dann war es für mich auch in Ordnung“* (D3:69(111)).

Eine Befragte berichtete, wenn nur wenige TeilnehmerInnen anwesend waren, sei es für sie eine Hilfe gewesen, ihre Sichtweise auf die Rollenverteilung zwischen ÜbungsleiterInnen und TeilnehmerInnen zu verändern. Sie habe aufgehört, die TeilnehmerInnen auf der einen Seite des Programms und sich auf der anderen Seite zu sehen. Stattdessen habe sie begonnen, alle Beteiligten als Gruppe mit gemeinsamem Ziel wahrzunehmen (D3:40(155-157), D3:79(159-161)). *„[Es war](...) dann nicht mehr so ‘Ok, das ist jetzt nicht ‘unser‘ Programm für die Teilnehmer an dem Movi Kune Projekt.’ Sondern wir machen jetzt alle gemeinsam diesen Sport. Weil wir Spaß daran haben. Das war dann halt wieder ein anderer Zugang.“* (D3:40(155-157)).

Für eine Übungsleiterin war es eine Hilfe, ihre Aufmerksamkeit nicht immer auf die Traumaerlebnisse und –symptome der TeilnehmerInnen zu lenken, sondern deren Ressourcen wertzuschätzen (D4:128(395-397)). Eine Übungsleiterin meinte, für sie seien Belastungen in den Einheiten situationsspezifisch gewesen (D5:61(135-139)). *„Es war halt in dieser Situation (...). Aber wenn ich dann mit anderen Frauen interagiert hab, dann hab ich mich auf diese eingelassen, wieder. Und dann ist es wieder gut gegangen“* (D5:61(135-139)). Dadurch habe sie die Belastungen nur in bestimmten Situationen erlebt sie hätten sie nicht *„tage- oder wochenlang beschäftigt“* (D5:137(137-139)).

Flexibilität. Aufgrund der häufigen Nennung ergab sich in der Detailkategorie *Anpassung* die spezifizierende Kategorie *Flexibilität*. Insgesamt fünf der befragten Personen erwähnten es für sie wichtig gewesen, in den Einheiten flexibel agieren zu können (D1, D3, D5, D6, D7). Eine Übungsleiterin beschrieb, dass man mit dieser Zielgruppe nie wissen könne, was passieren werde (D5:89(233)) und es gut sei, mehrere Pläne zu haben (D5:93(247)). Sie meinte es sei wichtig flexibel zu sein, weil *„es nie so ist, wie man es plant“* (D5:88(229)). Drei ÜbungsleiterInnen erzählten, es sei für sie deshalb so wichtig

gewesen flexibel zu sein, weil sie nie wussten, wie viele TeilnehmerInnen in die einzelnen Einheiten kommen würden (D3:125(23-25), D5:90(135), D6:64(169)). Eine Übungsleiterin meinte: „*Du hast nie diese Konstanz, dass du weißt, ‘Ok, du hast so und so viele Teilnehmer und jetzt plan ich genau dieses Programm oder diese Einheit. ‘ Du musst da sehr flexibel sein‘*“ (D5:90(135)). Eine andere Übungsleiterin beschrieb, sie hätte flexibel mit dem Programm sein müssen, weil auch von der Stimmung der TeilnehmerInnen abhängig gewesen sei, wie gut bestimmte Übungen funktioniert hätten (D7:59(183)). Sie meinte: „*(...) das ist so stimmungsabhängig und manchmal funktioniert eine Sache und manchmal nicht.*“ (D7:60(187)).

Unterkategorie 4_2_Private Bewältigungsstrategien. Alle ÜbungsleiterInnen beschrieben zusätzlich zu den Bewältigungsstrategien im Programm private Handlungen zur Selbstfürsorge.

Sechs der befragten Personen gaben an, dass sie Gespräche mit FreundInnen, Eltern und PartnerInnen gesucht hätten und diese für sie hilfreich gewesen seien (D1:70(85), D2:34(101), D3:32(129), D4:138(165), D5:52(111), D6:71(192-194)). Für vier ÜbungsleiterInnen habe das Betreiben von Sport eine gute Bewältigungsstrategie dargestellt (D3:88(125), D4:44(185), D5:56(123), D7:35(97)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe das Laufen „*super gefunden um den Kopf frei zu bekommen*“ (D5:56(123)). Eine andere Übungsleiterin meinte sie habe während dem Laufen „*viel verarbeitet*“, aber es wäre nicht ihre „*Strategie*“ zur Bewältigung von Erlebnissen gewesen (D3:88(125)). Eine Übungsleiterin erwähnte, wenn es ihr nach den Einheiten nicht so gut gegangen sei, habe sie den Wunsch verspürt alleine zu sein und sich Zeit für sich zu nehmen (D7:37(101)). Eine andere Übungsleiterin erzählte, sie habe sich nach einer anstrengenden Einheit selbst etwas Gutes tun wollen, sich einen schönen Abend zu machen oder etwas besonders Gutes zu kochen (D5:55(123)). Zwei ÜbungsleiterInnen erwähnten, sie hätten das Reden mit FreundInnen über die Einheiten teilweise als problematisch wahrgenommen, da sie damit

Dinge weitererzählen würden, welche nicht für Personen außerhalb des Programms bestimmt gewesen seien (D3:32(129), D8:44(133)).

3.5 Hauptkategorie (5) Abgrenzung

Fragestellung 5: Wie wurde die Abgrenzung zwischen Privatleben und dem Programm von den ÜbungsleiterInnen erlebt und welche Handlungen zur Abgrenzung wurden von den ÜbungsleiterInnen angewendet?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die Unterkategorien *Einflüsse des Programms auf das Privatleben*, *Einflüsse des Privatlebens auf das Programm* und *Abgrenzungshandlungen* definiert.

Tabelle 6

Kategorienverteilung der Hauptkategorie (5) Abgrenzung

Unterkategorie	Detaillkategorie	N (n=7)	%
Einflüsse des Programms auf das Privatleben		7	100%
Einflüsse des Privatlebens auf das Programm		7	100%
Abgrenzungshandlungen		7	100%

Unterkategorie 5_1_Einflüsse des Programms auf das Privatleben. Alle

ÜbungsleiterInnen erwähnten, die Tätigkeit im Programm habe sich auf ihr Privatleben ausgewirkt. Vier der Befragten sprachen in diesem Zusammenhang von Gesprächen über die Vorkommnisse in den Einheiten mit FreundInnen, Eltern oder PartnerInnen (D1:45(105), D2:66(99), D3:33(137), D6:67(186)). Ein Übungsleiter meinte, er habe es gern mit FreundInnen und Familie geteilt, wenn „*was ganz besonders Tolles*“ in den Einheiten passiert sei (D1:45(105)). Ein weiterer Übungsleiter berichtete, er habe, angeregt durch das Programm, mit FreundInnen und Partnerin Diskussionen über die Flüchtlingssituation und Asylpolitik in Österreich geführt (D2:66(99)). Zwei ÜbungsleiterInnen meinten, sie hätten, auch privat viel miteinander über das Programm gesprochen (D3:33(137), D6:67(186)). „(...) *es hat sich insofern*

ausgewirkt, dass wir wirklich sehr viel über das Ganze gesprochen haben. Vor allem die Tage an denen wir die Intervention auch durchgeführt haben. (...)“ D3:33(137). Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe durch das Programm mit den KollegInnen privat Freundschaft geschlossen und hätte auch nach Beendigung der Intervention mit ihnen Kontakt (D7:34(89)).

Eine Übungsleiterin beschrieb, an den Tagen, an denen die Intervention stattfand, sei ihr *„gesamter Tag auf die Einheiten ausgerichtet“* gewesen (D3:33(137)) und meinte: *„(...) während der Zeit, während die Intervention lief, war es wirklich Lebensinhalt.“* D3:66(131)). Eine weitere Übungsleiterin erwähnte, sie habe private Treffen nach den Einheiten *„(...) ein paar Mal absagen müssen, weil ich es nicht mehr gepackt hab. Da war ich einfach müde und (...) hab einfach nicht mehr können.“* (D4:90(285)). Auch eine andere Übungsleiterin meinte, sie hätte nach den Einheiten privat *„Zeit für sich“* benötigt (D7:84(135)).

Eine Übungsleiterin beschrieb, für sie habe die Teilnahme an dem Programm eine *„Lebenserfahrung“* (D4:222(289)) dargestellt und dass die positiven Erfahrungen in den Einheiten sie auch im Privatleben beeinflusst hätten (D4:136(305)). In ähnlicher Weise beschrieb eine andere Übungsleiterin, sie sei emotional mehr in dieser Tätigkeit verflochten gewesen, als in anderen Arbeiten. *„(...) man hängt emotional drinnen und man nimmt es dann doch auch mit heim (...)*“ (D5:65(135)). In diesem Sinne sei sie nach gut gelaufenen Einheiten auch privat energiegeladener gewesen (D5:67(155)), während sie anstrengende Einheiten den ganzen restlichen Tag im Hinterkopf gehabt habe (D5:65(153)). Sie berichtete, das Gefühl, mit ihrer Arbeit etwas Gutes zu tun, habe sie auch im Privatleben zufriedener gemacht und habe sich somit auf ihr gesamtes Leben ausgewirkt: *„(...) diese Befriedigung mit dem Job ist für mich auch sehr wichtig fürs Privatleben. Weil es dir auch besser geht, generell.“* (D5:69(157)).

Zwei ÜbungsleiterInnen erwähnten bei der Beantwortung dieser Frage, das Programm habe sich nur gering auf ihr Privatleben ausgewirkt (D1, D7). Ein Übungsleiter meinte über das Programm: *„(...) So*

richtig beeinflusst hat es mein Privatleben (...) NEGATIV auf jeden Fall nicht.“ (D1:39(87)). Eine Übungsleiterin äußerte: *„ (...) in diesem Sinn hat es sich gar nicht so ausgewirkt bei mir. (...)“* (D7:45(135)).

Unterkategorie 5_2_Einflüsse des Privatlebens auf das Programm. Alle

ÜbungsleiterInnen tätigten Aussagen über den Einfluss des Privatlebens auf ihre Tätigkeit im Programm.

Vier ÜbungsleiterInnen gaben an, nicht das Gefühl gehabt zu haben, dass ihr Privatleben ihr Verhalten in den Einheiten beeinflusst hätte (D2:49(165), D3:54(237), D4:92(291), D6:60(1612), D7(52(161)). *„Ich glaub‘, natürlich kann man es nicht ganz trennen, ist klar. (Lacht) Aber nicht jetzt, dass, (...) wenn was belastendes zu Hause war, dass ich das dann mitgenommen hab.“* (D7:54(169-171)). Eine Übungsleiterin meinte, sie habe es *„ganz gut voneinander trennen“* können (D3:54(237)), wobei es *„natürlich so ist, dass, wenn man müde ist, an einem Tag (...) dann auch nicht so viel Elan (...) mitbringt.“* (D3:54(237)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe sich im Vorfeld genügend Zeit für das Programm genommen und hätte dadurch möglichen Stress von vornherein vermieden: *„Deshalb kann ich gar nicht sagen, ich war irgendwie wegen was anderem total gestresst und hab das mitgebracht – weil ich mir die Zeit dafür genommen hab.“* (D6:60(162)).

Ein Übungsleiter erzählte, er habe sich in einer Einheit nicht so sehr auf die TeilnehmerInnen einlassen können, weil er im Kopf bei einer bevorstehenden Prüfung gewesen sei (D1:89(91)). Eine Übungsleiterin beschrieb, sie habe die Einheiten als anstrengend empfunden, wenn sie sich privat oder durch die Uni gestresst gefühlt hätte (D5:63(143)). Sie stellte die Vermutung auf, man würde, wenn es einem als ÜbungsleiterIn selbst nicht gut ginge, mehr negative Dinge in den Einheiten wahrnehmen und diese in Folge mit nach Hause nehmen (D5:64(143)). Deshalb sei es für sie wichtig, *„dass es einem (...) privat gut geht, und dass man (...) gefestigt ist, wenn man an so einem Programm teilnimmt.“* (D5:64(143)).

Abgrenzungshandlungen. Alle befragten ÜbungsleiterInnen berichteten von Handlungen, durch welche sie sich von dem Programm abgrenzen konnten. Für eine Übungsleiterin seien Gespräche eine gute Strategie zur Abgrenzung gewesen (D6:69(188-190)). Zwei ÜbungsleiterInnen meinten es sei wichtig, die Programminhalte „*nicht so sehr an sich ranlassen*“ (D1:54(123-128)) oder „*zu nahe kommen lassen*“ (D3:73(93)). Eine Übungsleiterin meinte es sei zwar gut, sich mit den TeilnehmerInnen zu beschäftigen, aber „*dann trotzdem wieder einen Schritt zurück zu gehen und die eigene Person nicht zu vergessen*.“ (D3:64(287)). Zwei ÜbungsleiterInnen erzählten, ihnen habe der Gedanke geholfen, dass es weder für sie noch für die TeilnehmerInnen eine Hilfe gewesen wäre, wenn sie die Grenze zwischen sich und den TeilnehmerInnen nicht gezogen hätten (D4:120(363), D5:75(179)). Eine der beiden meinte: „*Also in dem Sinne hab ich mich abgegrenzt. Dass ich mir gedacht hab ‘Es bringt sich jetzt nichts, wenn ich mich da jetzt voll reinsteigere. Weil dann geht’s nur mir schlecht und dann bringt das den Frauen auch nichts*.“ (D5:76(179)). Eine Übungsleiterin beschrieb, sie habe sich abgrenzen können, indem sie sich nicht auf die Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen, sondern den Fokus auf das hier und jetzt im Programm gelegt habe (D3:64(287)). Sie erklärte, man solle die Trauer der TeilnehmerInnen nicht verstärken indem man sie spiegeln würde oder „*versucht irgendwie entgegenzuwirken oder anzusprechen. Sondern einfach zu sagen ‘Ok, jetzt sind wir hier und jetzt machen wir das gemeinsam (...) und wir haben Spaß daran und du kannst auch Spaß daran haben*.“ (D3:65(291-293)).

Eine andere Übungsleiterin gab an, sie habe zunächst Schwierigkeiten mit der Abgrenzung zum Programm gehabt (D4:108(331)). Sie berichtete, ihr sei es schwer gefallen, als eine Teilnehmerin aus ihrem Privatleben berichtete, sich danach von diesen Inhalten wieder zu lösen: „*Das war sehr intim und sehr privat. Das war dann auch schwierig, dass ich mich da abgrenzen hab können. Da ist es mir dann auch (...) nicht so gut gegangen*“ (D4:109(335-337)). Weiters erzählte sie, sie habe zunächst belastende Inhalte von sich weggeschoben, welche sie allerdings nach kurzer Zeit wieder eingeholt hätten (D4:111(117)). Sie habe sich später unter anderem dadurch abgrenzen können, indem sie versuchte, nicht

ausschließlich die negativen Dinge in den Leben der TeilnehmerInnen zu sehen, sondern den Fokus auf deren Ressourcen und Stärken zu legen: „Also nicht immer das Worst – Case – Szenario, sondern auch einfach nur die positiven Aspekte sehen. Und das hat mir voll geholfen“ (D4:126(391)).

Zwei der ÜbungsleiterInnen gaben an, sie hätten durch bisherige Praktika oder berufliche Tätigkeiten bereits Erfahrung mit dem Thema Abgrenzung gehabt (D2:97(227-231), D5:72(167-169)), während eine Person berichtete, sie hätte sich diese Fähigkeit durch das Programm angeeignet (D4:133(413)).

3.6 Hauptkategorie (6) Konsequenzen

Fragestellung 6: Von welchen, bewusst wahrgenommenen, positiven und negativen Konsequenzen des Programms auf die ÜbungsleiterInnen kann berichtet werden?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden folgende drei Unterkategorien *positive Empfindungen, negative Empfindungen* und *Emotionsübertragung Lernerfahrungen, subjektiven Belastungs- und Ressourcenerleben* und *Empfehlungen* definiert.

Tabelle 7

Kategorienverteilung der Hauptkategorie (6) Konsequenzen

Unterkategorie	Detailkategorie	N (n=7)	%
Lernerfahrungen		7	100%
	Zielgruppe	7	100%
	Prioritäten	4	57.1%
	Berufliche Zukunft	5	71.4%
	Fähigkeiten & Wissen	4	57.1%
Belastungs- & Ressourcenerleben		7	100%
Empfehlungen		7	100%

Unterakategorie 6_1_Lernerfahrungen. Alle ÜbungsleiterInnen gaben an, sie hätten durch die Tätigkeit im Programm Movi Kune etwas gelernt.

Zielgruppe. Alle der Befragten gaben in den Interviews an, sie hätten durch die Tätigkeit mit der Zielgruppe etwas mitnehmen können. Drei ÜbungsleiterInnen meinten, die Arbeit mit dieser Zielgruppe sei eine „neue Erfahrung“ gewesen (D1:56(128-130), D3:1(5), D6:75(212)). Zwei Übungsleiterinnen beschrieben, wie sie durch die Arbeit im Programm über die Lebenssituation von Flüchtlingen und das Asylsystem in Österreich gelernt hätten (D3:104(251), D5:78(191)). Eine Übungsleiterin äußerte, durch das Kennenlernen „dieser Gruppe von Menschen“, habe sich für sie „auch die Wahrnehmung geändert, wie gut es Menschen geht und wie schlecht es Menschen gehen kann.“ (D3:104(251)). Zwei ÜbungsleiterInnen erzählten, für sie hätten durch die Arbeit im Programm die abstrakten Bilder und Berichte über Flüchtlinge aus den Medien oder Artikel über Trauma eine „andere Qualität bekommen, (...)“ (D2:27(77-79)). Dadurch hätte „... alles was ich gelesen habe, dann auch ein Gesicht oder Menschlichkeit gekriegt hat. Weil eine Person dahinter gesteckt ist.“ (D4:40(181)).

Prioritäten. Vier der befragten Personen gaben an, sie hätten durch die Arbeit im Programm gewisse Aspekte in ihrem Leben wieder mehr wertgeschätzt (D1, D2, D3, D7). Die ÜbungsleiterInnen erzählten, sie hätten durch das Miterleben, wie schlecht es Menschen psychisch oder finanziell gehen kann, erfahren, dass „(...) man eigentlich selbst so zufrieden sein sollte, mit dem was man hat und man sich oft über so Blödsinnigkeiten ärgert“ (D1:31(75)). Sie hätten „(...) reflektiert, wie gut es einem eigentlich geht (...)“ (D3(122(69))) und „man (...) mehr schätzt, was man selber hat (...)“ (D2:13(37)). Eine Übungsleiterin beschrieb in diesem Zusammenhang, sie sei dankbar, dass die eigene Lebensgeschichte nicht so viele negative Erlebnisse beinhalte (D3:58(253)). Zwei ÜbungsleiterInnen erzählten, sie hätten einen Blick „(...) für das was wirklich wichtig ist im Leben (...)“ (D2:51(169)) bekommen und wieder gesehen „(...) ‘Was ist eigentlich wichtig? Was sind die wichtigen Dinge‘“ (D7:77(267)).

Berufliche Zukunft. Vier ÜbungsleiterInnen gaben an, die Arbeit im Programm hätte sie in ihrer zukünftigen Berufswahl beeinflusst (D1, D4, D5, D7). Drei der befragten Personen meinten, das Programm hätte sie bestätigt, in diesem Bereich weiterarbeiten zu wollen (D1:15(31), D5:71(165), D7:69(219)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe durch die Tätigkeit im Programm für sich herausgefunden, dass sie nicht im Berufsfeld der Psychotherapie tätig sein wolle (D4:132(413)).

Fähigkeiten und Wissen. Von den befragten Personen erwähnten vier sie hätten sich durch die Tätigkeit im Programm Fähigkeiten und Wissen angeeignet (D1, D2, D4, D5, D7). Zwei ÜbungsleiterInnen beschrieben, für sie sei die gute Kombinierbarkeit von sport- und tanztherapeutischen Zugängen eine neue Erfahrung gewesen (D5:77(183), D7:66(211)). Eine Übungsleiterin beschrieb, durch den Umgang mit den TeilnehmerInnen das Anleiten von Übungen ohne Körperkontakt gelernt zu haben: „(...), das hab ich auch lernen müssen im Projekt. (...), dass man anleiten kann mit einer Distanz (...), oder dass man nicht diese totale Nähe (...) braucht.“ (D7:65(203)). Ein Übungsleiter gab an, er habe einerseits die Erfahrung gemacht, „wie wichtig Teamarbeit“ sei (D1:57(109)) und „dass es halt nicht immer einfach ist in so einem Beruf auf alle Teilnehmer so einzugehen, wie man es vielleicht wollen würde (...).“ (D1:72(109)). Ein Übungsleiter gab an, er habe durch das Programm viel Wissen über Trauma, Traumainterventionen und theoretische Modelle mitnehmen können (D2:50(169)). Eine Übungsleiterin meinte, sie habe gelernt, flexibel zu sein und habe sich die Einstellung angeeignet, dass es nicht so schlimm sei, wenn Dinge einmal nicht so funktionieren wie sie geplant gewesen wären (D5:89(233), D5:94(259)). Sie erzählte das Programm habe auch geholfen, ihre Beobachtungsfähigkeit zu verbessern (D5:80(193)). Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe durch die TeilnehmerInnen gelernt, auch in schwierigen Situationen nicht aufzugeben und immer positiv zu denken: „(...) Positiv denken (Lacht), egal was passiert. (...) Und nicht aufgeben, weil die Frauen geben doch auch nicht auf (...).“ (D4:127(393), D4:134(417)). Auch habe sie durch die Arbeit im Programm die Fähigkeit erworben, sich abzugrenzen (D4:133(413)). Eine Übungsleiterin gab an, durch die Arbeit mit den TeilnehmerInnen etwas über sich

und ihre Belastbarkeit gelernt zu haben: *„(...) und ich hab auch gesehen, dass ich, obwohl ich eigentlich so ein emotionaler Mensch bin, dass ich das gut aushalt‘. Also auch schwerwiegende Dinge, oder negative Dinge – dass ich das auch gerne aushalt“* (D7:70(219)).

Unterkategorie 6_2_Subjektives Belastungs- und Ressourcenerleben. Alle der befragten Personen gaben in den Interviews an, sich durch das Programm nicht stark belastet gefühlt zu haben (D1:26(67), D2:56(207-209), D3:39(149-151), D4:72(243), D5:81(203-205), D6:59(160), D7:76(267)). Gleichzeitig führten alle ÜbungsleiterInnen an, sie hätten sowohl positive als auch negative Emotionen erlebt, wobei die positiven überwogen hätten (D1:34(77), D2:54(199), D3:60(261), D4:82(261), D5:41(91), D6:40(93), D7:74(255)). Eine Übungsleiterin antwortete auf die Frage, welche Belastungen sie im Programm erlebt hätte, sie hätte sich *„nicht arg belastet gefühlt“*, insofern sei dies eine *„schwierige Frage“* für sie (D6:26(58)). Ein Übungsleiter beschrieb, dass man *„schon damit rechnen [müsse], dass die eine oder andere Situation (...) belasten wird und belasten kann“* (D1:52(124)). Jedoch sei er nicht der Meinung, dass das Programm so anstrengend sei, *„dass man es nicht machen kann“* (D1:55(128)). Eine Übungsleiterin beschrieb, für sie sei das Programm eine *„absolut positive Erfahrung [gewesen] (...), mit all den schönen Dingen und schwierigen Dingen“* (D7:74(255)) und sie habe empfundene Belastungen *„(...) sehr gerne in Kauf genommen (...)“* (D7:75(259-263)). Sie äußerte, sie habe die Zeit im Programm sehr genossen, auch wenn es anstrengend gewesen sei (D7:6(13)). Eine Übungsleiterin sah die Teilnahme am Programm als eine wichtige Lebenserfahrung: *„(...) das was ich da erlebt habe, das ist schon ziemlich heftig gewesen für mich. Und dann hab ich mir gleichzeitig auch wieder Kraft geholt. Dass ich mir denke ‘Ok, ja, das haben wir gut gemeistert‘. Und ja, das waren auch Lebenserfahrungen, die auch sehr wichtig waren (...)“* (D4:91(289)). Ähnlich erwähnte eine weitere Übungsleiterin, die Arbeit im Programm habe sie zwar sehr beeinflusst, aber nur gering belastet (D5:83(209)). Eine weitere Übungsleiterin beschrieb, für sie hätten auch die zunächst negativen Empfindungen schlussendlich etwas Positives bewirkt und dadurch am Ende des Programms ein positives

Gefühl ermöglicht: *„Also, auch diese Konfrontation mit Menschen, denen es schlecht geht, die in mir zuerst Angst ausgelöst hat und Unsicherheit, war dann für mich auch am Ende des Programms ein positives Gefühl“* (D3:60(261)). Zwei Übungsleiterinnen meinten, für sie habe die Arbeit im Programm weniger eine Belastung, als eine *„Erfahrung“* (D4:71(235) und *„Bereicherung“* (D7:76(267)) dargestellt.

Unterkategorie 6_3_Empfehlungen. Alle der befragten Personen gaben Empfehlungen darüber ab, wie man das Programm verbessern könnte.

Zwei ÜbungsleiterInnen meinten, man solle früher anfangen TeilnehmerInnen zu rekrutieren (D6:63(169)) und mehr zwischen den Einheiten mit ihnen kommunizieren (D1:92(119)), damit eine höhere Teilnehmeranzahl in den Einheiten zustande käme. Eine Übungsleiterin brachte die Idee ein, anstelle von zwei, drei Einheiten pro Woche anzubieten. Dann sei *„(...) vielleicht für jeden [TeilnehmerIn] auch ein zweiter [Termin] dabei (...)“* (D6:83(206)).

Zwei Personen merkten an, man könne das Sportangebot abwechslungsreicher gestalten (D2:57(213), D3:62(275)), wobei einer der beiden äußerte, er glaube nicht, man könne *„(...) sagen, DAS kann man konkret machen und dann wird es besser (...) weil das ist so schwierig vorauszusagen bei der Zielgruppe“* (D2:59(217)). Eine Übungsleiterin stellte die Überlegung auf, das Programm nicht noch einmal im Winter durchzuführen. Dadurch wäre die Möglichkeit gegeben, die Einheiten öfter im Freien zu halten und gleichzeitig wäre man weniger an die Räumlichkeiten gebunden (D6:61(168), D6:62(168)). Von einer Übungsleiterin kam der Vorschlag, die Einheiten immer zu gleichen Zeiten in denselben Räumlichkeiten abzuhalten. Sie merkte aber gleichzeitig an, dass man sich hier organisatorisch nach der Universität Wien richten müsse (D5:84(213), D5:86(215)). Sie meinte auch, dass es für die Frauengruppe gut wäre, *„(...) dass man wirklich darauf schaut, dass keine Männer da sind“* (D5:85(213)).

Für eine Übungsleiterin waren die Interdisziplinarität des Programms und die Möglichkeit zum Reflektieren für die ÜbungsleiterInnen wichtig. Sie meinte es wäre gut, wenn dies auch zukünftig

beibehalten werde (D4:130(401), D4:131(401)). Eine Übungsleiterin merkte an, dass es von Vorteil wäre, qualifiziertere ÜbungsleiterInnen und keine StudentInnen für die Durchführung des Programms zu akquirieren, auch wenn dies einen finanziellen Auswand bedeuten würde (D7:71(231)).

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es das Belastungs- & Ressourcenerleben, der ÜbungsleiterInnen des Programms „Movi Kune“ zu beschreiben. Dies erfolgte anhand durchgeführter Tiefeninterviews mit sieben ÜbungsleiterInnen. Die Tiefeninterviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) analysiert. Zunächst sollten die positiven und negativen Empfindungen, welche die ÜbungsleiterInnen während ihrer Tätigkeit im Programm erlebten, beschrieben werden. Diese wurden in Folge mit den erlebten Belastungen und Ressourcen in Verbindung gesetzt. Gleichzeitig wurden Bewältigungsstrategien, sowie wechselseitige Einflüsse des Programms und des Privatlebens und langfristige Konsequenzen ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Interaktion mit den TeilnehmerInnen als Kernbereich der Tätigkeit wahrgenommen wurde und Hauptursache für sowohl positive, als auch negative Empfindungen war. Es wurden sowohl private, als auch Bewältigungsstrategien im Programm angegebenen, wobei der Interaktion mit KollegInnen eine besondere Rolle zugewiesen wurde. Während alle ÜbungsleiterInnen von Auswirkungen des Programms auf ihr Privatleben berichteten, wurden Einflüsse des Privatlebens auf die Tätigkeit im Programm weniger wahrgenommen. Langfristige Konsequenzen der Teilnahme am Programm wurden in Form von Lernerfahrungen und Einstellungsänderungen ermittelt. Insgesamt fühlten sich die ÜbungsleiterInnen durch die Tätigkeit im Programm nur gering belastet und zogen eine positive Bilanz.

Ressourcen und positive Empfindungen. Die ÜbungsleiterInnen berichteten, sowohl die Interaktion mit den TeilnehmerInnen als auch strukturelle Aspekte des Programms hätten für sie eine Ressource dargestellt. Dem Kontakt mit den TeilnehmerInnen wurde in den Interviews, verglichen mit den strukturellen Aspekten des Programms, größere Bedeutung beigemessen. Ebenso wurde die Interaktion mit den TeilnehmerInnen im Bereich der Ressourcen weit häufiger genannt, als im Bereich der Belastungen. Daraus lässt sich schließen, dass die Arbeit mit den TeilnehmerInnen nicht nur ein sehr wichtiger Bereich der Tätigkeit im Programm war, sondern auch, dass diese Tätigkeit Ursache für positive

Emotionen war. Es lässt auch den Schluss zu, die Interaktion mit den TeilnehmerInnen sei vor allem als Ressource und weniger als Belastung wahrgenommen worden. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Splevins et al. (2010) überein, in welcher die Interaktion mit den KlientInnen für die Befragten mehr positive, als negative Erfahrungen verursachte.

Die Entwicklung der TeilnehmerInnen gab den ÜbungsleiterInnen das Gefühl, die Arbeit im Programm lohne sich und motivierte sie. Damit übereinstimmend berichtete eine Übungsleiterin es als belastend empfunden zu haben, wenn sie bei TeilnehmerInnen keine positive Entwicklung wahrnehmen konnte. Es kann angenommen werden, dass durch die Fortschritte der TeilnehmerInnen die Selbstwirksamkeit der ÜbungsleiterInnen gesteigert wurde, was zu einem verbesserten Wohlbefinden und geringerer emotionaler Erschöpfung führte. In der Studie von Guhan und Liebling - Kalifani (2011) wurde die Entwicklung der KlientInnen ebenfalls als lohnend betrachtet und in Zusammenhang mit erlebter Selbstwirksamkeit beschrieben. Selbstwirksamkeit wirkt nach Luthans et al. (2007) als positiver Faktor für Arbeitszufriedenheit und Motivation. Dies stimmt überein mit den Beschreibungen der ÜbungsleiterInnen, wie die Entwicklung der TeilnehmerInnen sie in ihrer Arbeit motiviert habe. Des Weiteren steht nach Reis et al. (2014) Selbstwirksamkeit in der therapeutischen Praxis in Zusammenhang mit größerem Wohlbefinden und wirkt als protektiver Faktor gegen emotionale Erschöpfung. Farber et al. (1981) beschreiben in ihrem Artikel, dass PsychotherapeutInnen, welche ihre Tätigkeiten als wirkungslos erleben, gefährdeter für Burn Out sind. Die erlebte Selbstwirksamkeit der ÜbungsleiterInnen kann damit als protektiver Faktor für deren Wohlbefinden gesehen werden.

Die Freude der TeilnehmerInnen war der häufigste Grund für positive Emotionen der ÜbungsleiterInnen und wog erlebte Belastungen auf. Durch das positive Feedback und die Dankbarkeit der TeilnehmerInnen hätten die ÜbungsleiterInnen das Gefühl gehabt, ihre Tätigkeit sei ein Geben und Nehmen gewesen, da sie auch viel von den TeilnehmerInnen zurückbekommen hätten. Zu ähnlichen

Ergebnissen kamen Guhan und Liebling - Kalifani (2011) in ihrer Studie, in welcher die Befragten angaben, die Dankbarkeit ihrer KlientInnen würde die Belastungen der Arbeitstätigkeit wieder aufwiegen.

Die wahrgenommene Stärke der TeilnehmerInnen wurde als Inspiration für die menschliche Widerstandskraft und Erholungsfähigkeit nach Traumata gesehen. Die TeilnehmerInnen wurden als Vorbilder beschrieben, weil sie trotz der erlebten Ereignisse nicht aufgeben würden. Dies stellte einen Anstoß für die Wahrnehmung der eigenen Stärke dar. Dies entspricht den Erkenntnissen des Artikels von Cohen und Collens (2013), welcher beschreibt, wie durch die Arbeit mit TraumapatientInnen der Glaube an sich selbst und die eigenen Fähigkeiten vergrößert werden kann. Bei Arnold et al. (2005) wird die Bewunderung der menschlichen Widerstandskraft in Verbindung mit dem eigenen Wachstum der PsychotherapeutInnen gesehen. Autoren wie Cohen & Collens (2013) und Splevins et al. (2010) erklären dies damit, dass PsychotherapeutInnen nicht nur mit dem Traumamaterial der PatientInnen konfrontiert sind, sondern auch im Laufe der Zeit deren Entwicklung und Wachstum miterleben. Laut den Autoren kann das Erleben der Entwicklung von KlientInnen den Befragten das Bewusstsein dafür geben, dass Menschen sich von Traumata wieder erholen können. Dies erzeugt bei den Befragten Bewunderung, Hoffnung und ein erweitertes Verständnis über die menschliche Widerstandskraft. Wie Cohen und Collens (2013) sehen Splevins et al. (2010) diese Entwicklung in Zusammenhang mit sekundärem posttraumatisches Wachstum, wobei sie das Miterleben des Wachstums der KlientInnen dem sekundären posttraumatisches Wachstum voraussetzen.

Das Gefühl Gutes zu tun und Menschen helfen zu können wurde sowohl auf der Ebene der eigenen Handlungen, als auch auf der Ebene des Programms wahrgenommen. Die ÜbungsleiterInnen waren stolz in einem Programm tätig zu sein, welches bedürftigen Menschen hilft. Die Wertschätzung der eigenen Tätigkeit hat sich demzufolge positiv auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der ÜbungsleiterInnen ausgewirkt. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Farber et al. (1981), in deren Studie der altruistische Gedanke Menschen helfen zu können und Gutes zu tun als einer der wichtigsten Ressourcen

therapeutischer Arbeit beschrieben wurde. Gleichzeitig wirkt sich die Identifizierung mit Organisationszielen nach Lee et al (2015) positiv auf die Motivation und Zufriedenheit von MitarbeiterInnen aus. Dies stimmt mit den Aussagen der ÜbungsleiterInnen überein, welche von Emotionen wie Stolz und Zufriedenheit berichteten, in einem Programm arbeiten zu können, welches einen altruistischen Ansatz verfolgt und Menschen hilft.

Auf programmstruktureller Ebene wurde die Beteiligung der ÜbungsleiterInnen auf gleicher Augenhöhe mit den TherapeutInnen und dem Programmleiter, sowie die Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung des Programms besonders wertgeschätzt. Auch bei den Studien von Reis et al. (2014) wurden Autonomie und Lernmöglichkeiten als Faktoren für erhöhtes Wohlbefinden in therapeutischen Berufen identifiziert. Des Weiteren ergibt sich durch die Chance, aktiv am Programm mitzugestalten, die Möglichkeit ungünstige Zustände frühzeitig zu verbessern und damit Belastungen zu vermindern.

Belastungen und negative Empfindungen. Die Wahrnehmung des Leidens und der Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen wurde von allen Belastungen am häufigsten genannt. Belastend seien unter anderem die leidenden und leeren Blicke der TeilnehmerInnen, deren körperliche Versehrtheiten und Klagen über Schmerzen, sowie Berichte über Selbstmordgedanken und Aussagen über deren Tod gewesen. Die Tatsache, dass suizidale Äußerungen der TeilnehmerInnen die ÜbungsleiterInnen beschäftigten, stimmt überein mit den Forschungsergebnissen von Farber et al. (1981). In seinem Artikel werden Aussagen über Suizid als das für PsychotherapeutInnen belastendste PatientInnenverhalten beschrieben.

Die ÜbungsleiterInnen fühlten sich hilflos und unsicher, wenn sie erlebten wie schlecht es den TeilnehmerInnen ging oder wenn diese im Laufe des Programms keine Besserung erlebten. Mehrere ÜbungsleiterInnen berichteten, sie seien in manchen Situationen im Umgang mit den TeilnehmerInnen verunsichert gewesen und hätten nicht gewusst, wie sie reagieren sollten. Klagten einige TeilnehmerInnen

während dem Ausführen bestimmter Übungen, konnte dies die ÜbungsleiterInnen in ihren Kompetenzen verunsichern. Darüber hinaus führte die als unveränderbar wahrgenommene Asylsituation der TeilnehmerInnen bei den ÜbungsleiterInnen zu Gefühlen von Hilflosigkeit.

Die ÜbungsleiterInnen berichteten von Zorn auf das Asylsystem in Österreich. Darüberhinaus wurden Schuldgefühle empfunden, selbst in einer besseren Lage zu sein, und es wurden die eigenen Handlungsmöglichkeiten hinterfragt. Laut Bock (2008) können sich Gegenübertragungsgefühle wie Wut und Zorn im Traumasetting auf die Gesellschaft richten, weil diese ein System bereitstellt, in welchem das Passieren des Traumaerlebnis möglich war. Dies passt zu den Ergebnissen der Studien von von Guhan und Liebling - Kalifani (2011) & Splevins et al. (2010). In diesen Studien berichteten interviewte SozialarbeiterInnen von Frustration und Ärger über Systeme, welche das Leben der KlientInnen erschweren würden, anstelle zu helfen. In der Studie von Splevins et al. (2010) berichteten die Befragten, soziale Gerechtigkeit und politisches Engagement sei durch ihre Tätigkeit im Programm ein stärkeres Thema für sie geworden. Die ÜbungsleiterInnen berichten, Schuldgefühle empfunden und sich die Frage nach der eigenen Handlungsverantwortung gestellt zu haben. Bock (2008) spricht in diesem Zusammenhang von der „Schuld der Überlebenden“ (p.192). Diese wird empfunden, weil die PatientInnen gezwungen waren, Dinge zu erleben, von welchen die PsychotherapeutInnen verschont geblieben sind.

Die Lebensgeschichten und Traumaerlebnisse der TeilnehmerInnen waren eine Belastung für die ÜbungsleiterInnen, da sie diese gedanklich weiter beschäftigten und zu Emotionen wie Trauer, Traurigkeit und Mitgefühl führten. Gleichzeitig wurde durch das Wissen über deren Lebensgeschichten die Abgrenzung als schwieriger empfunden. Ähnliche Ergebnisse zeigen die Studien von Guhan und Liebling – Kalifani (2011) und Arnold (2005). Die Autoren berichten von starken emotionalen Reaktionen, wie Traurigkeit oder Weinerlichkeit, nach dem Hören der Traumaerlebnisse der KlientInnen. Für Filgey (1995) ist einer der Haupteinflussfaktoren für das Entstehen einer sekundären Traumatisierung die Exposition zu den Traumaerlebnissen der PatientInnen. Davon ausgehend hat die Vorgehensweise, dass

die ÜbungsleiterInnen die Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen erst nach der Intervention erfuhren, zu einem geringeren Belastungserleben beigetragen.

Des Weiteren veranlassten die im Vorfeld gegebenen Hintergrundinformationen über die TeilnehmerInnen, die ÜbungsleiterInnen dazu, diese zunächst in einer Opferrolle zu sehen. Diese Ansicht nahm innerhalb der ersten Einheiten ab. Darüber hinaus lösten diese vorläufigen Informationen bei den ÜbungsleiterInnen zunächst Angst und Furcht aus. Diese Emotionen legten sich ebenfalls im Laufe des ersten Kennenlernens. Emotionen wie Angst und Furcht werden bei Knaevelsrud et al. (2012) als häufige Gegenübertragungsempfindungen im traumatherapeutischen Setting beschrieben, wenn durch die Traumaerzählungen das Sicherheitsverständnis der PsychotherapeutInnen bedroht wird. Da diese Emotionen nur während des Erstkontaktes mit den TeilnehmerInnen beschrieben wurden, ist es fraglich, ob hier dieser Zusammenhang gesehen werden kann. Denkbar ist auch, dass die ÜbungsleiterInnen sich anhand weniger Informationen über die Lebensgeschichten der TeilnehmerInnen zunächst Vorstellungen ausmalten, welche diese Ängste erzeugten. In tatsächlichen Kontakt mit den TeilnehmerInnen wurden diese Vorstellungen nicht bestätigt und damit auch die Emotionen vermindert.

Das Gefühl, für die TeilnehmerInnen verantwortlich zu sein und der Wunsch die Einheiten optimal zu gestalten führte bei den ÜbungsleiterInnen zu Gefühlen von Stress und Druck. Diese Gedanken seien nach Kottler (2011) selbstinduzierte Stressfaktoren, welche verhindern würden, sich die eigene Begrenztheit zu verzeihen. Ähnliche Ergebnisse lieferte die Studie von Reid et al. (1999), in welcher die Verantwortung für PatientInnen einer der größten Stressoren für PsychotherapeutInnen und Pflegepersonal darstellte. Anzumerken ist die Tatsache, dass diese Belastung ausschließlich von ÜbungsleiterInnen der Intervention 2014 der Frauengruppe berichtet wurde. Die Ursache dafür kann in den GruppenleiterInnen liegen, welche vielleicht aufgrund ihrer Persönlichkeit größeres Verantwortungsgefühl gegenüber den TeilnehmerInnen „ihrer“ Gruppe hatten, verglichen mit den anderen ÜbungsleiterInnen. Denkbar ist auch, dass sich in der Frauengruppe andere soziale Dynamiken als in den

Männergruppen einstellten, welche mehr Aufmerksamkeit der ÜbungsleiterInnen erforderten und in Folge, die Einheiten als anstrengender empfunden wurden. Da der aktuelle Forschungsstand bezüglich Geschlechterunterschiede in Gruppen- und Psychotherapien, sowohl bei PatientInnen als auch bei PsychotherapeutInnen noch unzureichend Literatur bereitstellt (Backenstraß & Mundt, 2007) und die Stichprobe für aussagekräftige Vergleiche zu klein ist, ist es schwierig, an dieser Stelle weitere Vermutung anzustellen.

Die Vor- und Nachbereitung wurden als zeitintensiv erlebt, da die ÜbungsleiterInnen auch privat über die Einheiten reflektierten und über deren Verbesserung nachdachten. Eine Herausforderung bei der Planung stellte die Schwankung der Teilnehmeranzahl dar, da sich die ÜbungsleiterInnen nie sicher sein konnten, wie viele Teilnehmerinnen die Einheiten besuchen würden. Eine geringe Teilnehmeranzahl wirkte demotivierend, während Einheiten mit vielen TeilnehmerInnen als anstrengend beschrieben wurden. Aus Tatsache, dass die geringe TeilnehmerInnenanzahl nur bei jenen Übungsleiterinnen eine Belastung darstellte, welche an der Intervention 2013 beteiligt waren, kann man den Schluss ziehen, dass sich diese Thematik gebessert hat. Dies kann damit zusammenhängen, dass sich das Programm im Laufe der Zeit auch bei der Institution Hemayat etabliert hat und mehr Personen der Zielgruppe von der Möglichkeit des Programms wissen. Es besuchten einige TeilnehmerInnen von der Intervention 2013 auch die Intervention 2014, was die TeilnehmerInnenanzahl in den Einheiten erhöhte.

Sprachbarrieren wurden von den ÜbungsleiterInnen mit gemischten Emotionen erlebt. Jene ÜbungsleiterInnen, welche DolmetscherInnen in den Einheiten zur Unterstützung hatten, erlebten diese als hilfreich. Waren keine DolmetscherInnen in den Einheiten, kam es manchmal zu Frustrationsgefühlen, wenn während des Erklärens von Übungen die Grenzen der Kommunikation erreicht wurden. In der Studie von Guhan und Liebling - Kalifani (2011) wurden Sprachbarrieren vor allen im Kontext einer Psychotherapie als problematisch erlebt. Da der Fokus des Programms Movi Kune auf bewegungstherapeutische Übungen und keiner, auf Sprache basierenden Psychotherapie lag, war es den

TeilnehmerInnen möglich, durch das Imitieren der Übungen Sprachbarrieren auszugleichen. Dies kann eine Erklärung dafür sein, weshalb die erlebten Sprachbarrieren von den ÜbungsleiterInnen meist als geringe Schwierigkeit beschrieben wurden.

Bewältigungsstrategien. Die ÜbungsleiterInnen gaben verschiedene Bewältigungsstrategien an die sie zum Umgang mit den Belastungen eingesetzt haben. Die häufigste Maßnahme stellten Gespräche zu KollegInnen, FreundInnen, PartnerInnen und Familie dar. Ähnliche Ergebnisse lieferte die Studie von Guhan und Liebling-Kalifani (2011), in welcher Gespräche mit KollegInnen, FreundInnen und Familie als häufigste Bewältigungsstrategie angegeben wurden. Ein möglicher Grund dafür kann der Umstand sein, dass reflektierende Gespräche einen positiveren Effekt auf die Erholung haben, als einfach Pausen (McMahon, 2012).

Der Kontakt zu anderen ÜbungsleiterInnen wurde davon am häufigsten erwähnt, und durchwegs als unterstützend und motivierend empfunden. Da die KollegInnen die TeilnehmerInnen kannten, seien diese in der Lage gewesen, die Erzählungen und erlebten Empfindungen besser nachzuvollziehen als Außenstehende. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Frank (2010), in welcher die Unterstützung durch KollegInnen nicht nur durch das Teilen von Fachwissen, sondern vor allem in Form von emotionaler Regulation durch Gespräche beschrieben wurde. Auch bei Reid et al. (1999) wurde eine gute Beziehung zu KollegInnen als eine der wichtigsten Ressourcen im soziotherapeutischen Berufsfeld identifiziert. Laut Carter und West (1999) funktioniert gutes Teamwork als Stressbuffer und führt zu höherer Arbeitszufriedenheit und geringerem Belastungserleben. Unterstützt werden kann gute Teamzusammenarbeit durch eine flache Hierarchie und eine Führung, welche ein gruppenorientiertes Klima fördert (Carter & West, 1999). Auch bei Frank (2010) beschreiben die interviewten Personen die wertschätzende Haltung der Leitung gegenüber den MitarbeiterInnen und das Zeigen von Interesse an deren Wohlbefinden als wichtige Ressource für ein gutes Arbeitsklima. Dies deckt sich mit den Ergebnissen dieser Studie. Die ÜbungsleiterInnen beschrieben wie die Hilfestellung der anwesenden

PsychotherapeutInnen und die wertschätzende Haltung des Leiters ihnen Rückhalt und Sicherheit vermittelten. Die häufige Erwähnung der guten Zusammenarbeit im Arbeitsteam lässt die Annahme zu, dass das positive Arbeitsklima zu einer höheren Zufriedenheit und einem geringeren Belastungserleben der ÜbungsleiterInnen beitrug.

Die Gruppengespräche nach den Einheiten wurden als hilfreich empfunden, da sie dazu betrogen inhaltliche Fragen über die Einheiten zu klären, sowie die Möglichkeit gaben, in der Gruppe über Empfindungen zu reflektieren. Eine Übungsleiterin, welche an zwei aufeinanderfolgenden Interventionen teilnahm, erzählte, sie habe in ihrer ersten Intervention die Möglichkeit für diese Gespräche wenig erhalten. Im Vergleich zur zweiten Intervention hätten die Gespräche gefehlt und es habe dadurch an Kommunikation gemangelt. Die Tatsache, dass jene zwei ÜbungsleiterInnen welche ebenfalls in der Intervention 2013 tätig waren dies nicht erwähnten, kann darauf zurückzuführen sein, dass diese Beiden privat sehr viel miteinander über das Programm reflektierten. Ein Übungsleiter äußerte, er habe in der Absenz von externen Supervisionen oder Coachings bezüglich Betreuung keine Mängel empfunden, da er sich durch die Maßnahmen im Programm ausreichend gestützt fühlte.

Obwohl alle ÜbungsleiterInnen Tagebuch über die Einheiten im Programm führten, erwähnten es lediglich drei der Befragten als Bewältigungsstrategie. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Tagebücher in erster Linie forschungsorientiert und weniger reflexiv geschrieben wurden. Jene, welche sie als Bewältigungsstrategie erwähnten, sahen sie als gute Möglichkeit, mit den Erlebnissen in den Einheiten abschließen zu können und wieder offen für Neues zu sein.

Alle ÜbungsleiterInnen erzählten von Methoden um sich an bestimmte Umstände des Programms anzupassen. Durch Einstellungsänderungen oder das Lernen von Fähigkeiten, wie Flexibilität in der Durchführung der Einheiten, wurden Wege gefunden, mit negativen Situationen umzugehen. In der Anpassung an das Programm spielt auch der Zeitfaktor eine Rolle. Die ÜbungsleiterInnen gaben an,

bestimmte Dinge akzeptiert zu haben und dass anfängliche Belastungen im Laufe der Zeit geringer wurden. Cohen und Collens (2013) gehen in ihrem Artikel davon aus, dass Zeit einen Einfluss auf das Belastungserleben hat. Arbeitserfahrung und Zeit tragen dazu bei, dass Emotionen weniger überwältigend wahrgenommen werden. In Studien von Guhan und Liebling – Kalifani (2011) und Splevins et al. (2010) beschreiben die Befragten Prozesse der Gewöhnung und Abhärtung, welche sie im Laufe ihrer Tätigkeit erleben würden. Das Gewöhnen an die Tätigkeit verringere die emotionale Belastung der Arbeit und wurde in den Studien als positiver Prozess beschrieben.

Privat nutzen die ÜbungsleiterInnen vor allem Gespräche zu PartnerInnen, FreundInnen und Familie als Bewältigungsstrategie. Des Weiteren verarbeiteten sie die Ereignisse im Programm dadurch Sport zu treiben, Zeit für sich zu nehmen, sich etwas zu Gutes tun oder einfach alleine zu sein. Bewältigungsstrategien im Programm fanden eine häufigere Nennung als private Bewältigungsstrategien. Dies lässt den vorsichtigen Schluss zu, dass durch Maßnahmen im Programm mit erlebten Belastungen gut umgegangen werden konnte und private Bewältigungsstrategien weniger notwendig waren.

Abgrenzung. Farber et al. (1981) geben an, dass die Auswirkungen der Arbeit auf das Privatleben negative Folgen von zu geringer Abgrenzung sind. Bei Daniels (2008) stellt die Entgrenzung eines der Anfangssymptome der sekundären Traumatisierung dar. Die Ergebnisse in dieser Studie folgen nicht dieser Theorie. Zwar berichteten alle ÜbungsleiterInnen, die Tätigkeit im Programm habe sich zwar auf ihr Privatleben ausgewirkt, dies wurde allerdings nicht ausschließlich als negativ empfunden. Der Einfluss des Programms auf das Privatleben der ÜbungsleiterInnen zeigte sich vor allem in Gesprächen mit PartnerInnen, FreundInnen und Familie. Auch schlossen die ÜbungsleiterInnen privat Freundschaften und waren außerhalb der Programmzeiten für einander erreichbar. Gleichzeitig wurde die Arbeit im Programm als eine Lebenserfahrung empfunden, welche sie auch privat, aufgrund des wahrgenommenen Mehrwertes im Vergleich zu anderen Arbeitsplätzen, zufriedener stimmte. Gleichzeitig wurde die Vor- und Nachbereitung der Einheiten als zeitintensiv erlebt und manches Mal mussten private Verabredungen

nach sehr anstrengenden Einheiten abgesagt werden. Nach erfolgreichen Einheiten fühlten sich die ÜbungsleiterInnen auch privat gestärkt und voller Elan, während sie anstrengende Einheiten auch im Nachhinein gedanklich weiter beschäftigten.

Den Einfluss von privaten Inhalten konnten die ÜbungsleiterInnen gut von den Einheiten im Programm Abgrenzen. In Einzelsituationen hätten sie, aufgrund von Müdigkeit, die Einheiten mit weniger Elan begonnen oder seien kurzzeitig mit dem Kopf woanders gewesen. Eine Übungsleiterin erzählte, sie habe die Einheiten im Programm anstrengender empfunden, wenn sie privat gestresst gewesen sei. Sie meinte, es sei für die Arbeit in diesem Programm wichtig, privat gefestigt zu sein, da sonst die Traumaerlebnisse und -symptomatik der TeilnehmerInnen mehr wahrgenommen werden würden und die Abgrenzung von diesen schwieriger sei.

Die ÜbungsleiterInnen berichteten von unterschiedlichen Strategien zur Abgrenzung. Die meisten meinten, es sei wichtig, eine Grenze für sich zu ziehen und die Dinge im Programm nicht zu nahe an sich heranzulassen. Sie suchten Abgrenzung durch Gespräche und legten den Fokus auf das Hier und Jetzt, sowie auf die Ressourcen der TeilnehmerInnen, anstelle deren traumatischer Vergangenheit. Der Großteil der ÜbungsleiterInnen berichtete sie hätten sich gut von den Inhalten des Programms abgrenzen können. Gleichzeitig wurde immer wieder erwähnt, wie sich sowohl positive, als auch negative Stimmungen der TeilnehmerInnen auf sie übertragen hatten. Hoffmann und Hofman (2008) sprechen in diesem Zusammenhang von „Anteilnahme“ (p.191). „Anteil am Patienten und dessen Leben zu nehmen bedeutet, dass man daran teilnimmt und einen Anteil davon übernimmt“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, p.191). Dies ist nicht mit Mitleiden gleichzusetzen, jedoch steigt der Grad der Selbstverpflichtung. Nach Hoffmann und Hofmann (2008) werden Erfolge dadurch tiefer erlebt, aber gleichzeitig wächst auch die Anfälligkeit für Frustration und Enttäuschungen. Dies kann eine Erklärung dafür sein, dass, obwohl alle ÜbungsleiterInnen äußerten, sie hätten sich gut vom Programm abgrenzen können, die Stimmung,

Entwicklung und Rückmeldungen der TeilnehmerInnen einen wichtigen Einfluss auf ihr Wohlbefinden im Programm hatten.

Konsequenzen. Alle ÜbungsleiterInnen berichteten von Lernerfahrungen durch das Programm. Durch den Kontakt mit den TeilnehmerInnen erlangten sie Wissen über das Asylsystem und die Situation von AsylbewerberInnen in Österreich. Medienberichte über diese Thematik bekamen eine andere Qualität für sie, da sie durch die TeilnehmerInnen Einzelschicksale kannten. Des Weiteren lernten sie über theoretische Inhalte bezüglich posttraumatische Belastungsstörung, Traumaintervention und Traumamodelle. Zur Bewältigung von schwierigen Umständen wurden Fähigkeiten wie Flexibilität in der Einheitenplanung und das Anleiten von Übungen unter Distanz gelernt. Auch Fähigkeiten wie die Verminderung von Perfektionsgedanken und das Vermögen zur Abgrenzung wurden als Belastungsbewältigung angeeignet. Die ÜbungsleiterInnen fühlten sich durch die Teilnahme am Programm in ihrer zukünftigen Berufswahl bestätigt. Das Wissen um die Lebensgeschichten der TeilnehmerInnen war Anstoß für die ÜbungsleiterInnen, die eigene Situation mehr wertzuschätzen und darüber zu reflektieren, was wirklich wichtig sei im Leben. Am Beispiel der TeilnehmerInnen wurde gelernt, auch in schwierigen Situationen nicht aufzugeben und in allen Dingen etwas Positives zu sehen.

Die ÜbungsleiterInnen gaben zudem Empfehlungen zur Verbesserung des Programms ab. Die meisten dieser Vorschläge handeln von Veränderungen, die das Programm für die TeilnehmerInnen optimaler gestalten würde. Unter Empfehlungen für die Arbeitsbedingungen der ÜbungsleiterInnen wurde das Beibehalten der Gruppenreflexionen und der guten Kommunikation im Team genannt.

Zusammenfassend gaben alle ÜbungsleiterInnen an, durch das Programm nur gering belastet gewesen zu sein und zogen eine positive Bilanz. Im Bereich der negativen Auswirkungen konnten in dieser Studie wenig Übereinstimmungen mit dem Konzept der sekundären posttraumatischen Belastung nach Kanter (2007) oder McCann und Pearlman (1990) gefunden werden. Analogien wurden hingegen

zum Konzept des sekundären posttraumatischen Wachstums nach Arnold et al. (2005) oder Cohen und Collins (2013) gefunden. Das Gefühl Gutes zu tun und die Möglichkeit anderen zu helfen, welches die ÜbungsleiterInnen beschrieben, wird bei Splevins et al. (2010) mit Wachstum in Verbindung gebracht. Die Wertschätzung der Widerstandskraft der TeilnehmerInnen und der dadurch gestärkte Glaube an die eigene Stärke wird bei Cohen und Collens (2013) durch eine Entwicklung in den Bereichen der Weltanschauung und des Selbstbildes mit sekundärem posttraumatisches Wachstum in Verbindung gesetzt. Eine größere Wertschätzung der eigenen Lebenssituation und eine Änderung der Prioritäten werden bei Cohen und Collins (2013) ebenfalls als Entwicklung beschrieben. Gleichzeitig werden in den beschriebenen Studien negative Einflüsse im Sinn eines sekundären Traumas beschrieben. Cohen und Collens (2013) gehen davon aus, dass der Schock über die Traumaerlebnisse der PatientInnen oder deren gute Erholung davon, die kognitiven Schemata von PsychotherapeutInnen erschüttert. Durch die kognitive Verarbeitung werden neue Schemata adaptiert, welche bei Cohen und Collin (2013) als Wachstum bezeichnet werden. Diese Schockerlebnisse und Schemaerschütterungen wurden in der vorliegenden Studie nicht berichtet. Des Weiteren wurden die erlebten Entwicklungsprozesse vor allem auf einer emotionalen und weniger kognitiven Ebene beschrieben.

Ob die relativ kurze Arbeitsdauer der ÜbungsleiterInnen im Programm eine Rolle darin gespielt hat, dass das Konzept der sekundären Traumatisierung in dieser Stichprobe keinen Niederschlag fand, ist schwer zu sagen. Im Vergleich zu dieser Stichprobe wiesen Versuchspersonen in Vergleichsstudien eine Tätigkeit in ihrem Beruf von mehreren Jahren auf. Filgey (2002) geht davon aus, dass sich *compassion fatigue* (Figley, 1996, p.2) durch die Exposition zu Traumaerlebnissen über einen längeren Zeitraum entwickelt. Es kann sein, dass der Arbeitszeitraum in welchem die ÜbungsleiterInnen im Programm gearbeitet haben mit zwei bis drei Monaten zu kurz war, um eine Störung durch Langzeitbelastung zu erleben. Auch bei Pell (2013) steht eine größere Exposition mit TraumapatientInnen in positiven Zusammenhang mit einer größeren psychischen Belastung. Auf der anderen Seite gaben Personen in

Vergleichsstichproben an, dass Arbeitserfahrung einen protektiven Faktor darstellt und die Arbeit mit der Zeit leichter werde (Cohen & Collins, 2013). „Experience and time were noted as key factors, moderating the negative emotional impact of the work, with more experience and time leading to less overwhelming emotions and distress.“ (Cohen & Collens, 2013, p. 576). Auch bei Sprang et al (2007) und Way et al. (2004) werden Symptome für sekundäre Traumatisierung sowie Burnout besonders häufig bei Berufseinsteigern beschrieben. Prell (2013) stellt an dieser Stelle jedoch die Überlegung auf, ob es sich hierbei tatsächlich um die Konstrukte der sekundären Traumatisierung beziehungsweise des Burnouts handelt oder es vielmehr ein natürlicher Anpassungsprozess im Sinne Rosenbloom et al (2002) ist.

Ähnlichkeiten lassen sich zu dem Konzept der „*compassion satisfaction*“ (p.12) nach Stamm et al. (2010) finden. *Compassion satisfaction* ist nach Stamm (2010) die Freude und Zufriedenheit, die entsteht durch die effektive Ausführung der Arbeit, die positive Einstellung zu ArbeitskollegInnen, sowie die Einstellung, etwas zur Arbeitsumgebung oder zum gesellschaftlichen Wohl beitragen zu können. Die Zufriedenheit der ÜbungsleiterInnen Menschen helfen zu können und Gutes zu tun tragen zu einer höheren *compassion satisfaction* bei. Auch die lohnenden Gefühle und gewonnene Motivation durch die erlebte Entwicklung der TeilnehmerInnen, lassen sich in dieses Konzept einordnen. Gute Beziehungen zu KollegInnen, welche von den ÜbungsleiterInnen beschrieben wurden, stellen ebenfalls einen Teilbereich dieses Konstruktes dar. Nach Stamm (2010) hat *compassion satisfaction* eine protektive Funktion gegenüber „*compassion fatiue*“ (p.12). Die von den ÜbungsleiterInnen beschriebenen positiven Faktoren der *compassion satisfaction* können als Ausgleich zu den erlebten Belastungen interpretiert werden. Dies kann eine Erklärung dafür sein, dass obwohl alle ÜbungsleiterInnen von Belastungen berichteten, ihr Erleben von negativen Konsequenzen gering war.

4.1 Limitation

Im Hinblick auf die Diskussion der Ergebnisse sind die vorliegenden Limitationen dieser Studie zu erwähnen. Zunächst ergeben sich Einschränkungen aufgrund der gewählten Forschungsmethode, des

Tiefeninterviews. Dieses lebt von der Interaktion zwischen InterviewerIn und der befragten Person. Diese Interaktion hat Verzerrungen zu Folge, welche durch die gegenseitige Wahrnehmung und Erwartungen entstehen. Nonverbales Feedback, wie beispielsweise Lächeln, Kopfnicken o.Ä. des/der VersuchsleitersIn kann die befragte Person bei der Beantwortung der Frage beeinflussen. Unbewusst oder bewusst nimmt der/die InterviewerIn dadurch Einfluss auf den Gesprächsverlauf (Friedrichs, 1938; Atteslander, 1926). Es ist anzunehmen, dass es in den Interviews dieser Studie ebenfalls zu solchen Versuchsleitereffekten gekommen ist.

Des Weiteren kann soziale Erwünschtheit die ÜbungsleiterInnen in ihrem Antwortverhalten beeinflusst haben (Bortz & Döring, 2006). Die Zusicherung der Anonymisierung der Interviews sollte diesen Effekt vermindern. Weitere Maßnahmen zur Überprüfung der sozialen Erwünschtheit wurden jedoch unternommen. Manche ÜbungsleiterInnen waren zum Zeitpunkt der Studie noch im Programm tätig oder dabei Forschungsarbeiten darüber zu verfassen. Dies könnte zu einem erwünschten Antwortverhalten beigetragen haben. Einerseits kann es als ungünstig empfunden werden, negative Aspekte der Tätigkeit in einer Studie, aber nicht vor der Programmleitung zu erwähnen. Des Weiteren kann es schwer fallen, Belastungen zuzugeben, wenn man die Befürchtung hat, in Folge als ungeeignet für die Tätigkeit eingestuft zu werden.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Durchführung der Interviews anhand eines vorab erstellten Leitfadens. Den Interviews wurde durch den Leitfaden eine Richtung vorgegeben, was zu einer Einschränkung des Beantwortungshorizonts führen kann. Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, dass die ÜbungsleiterInnen von erlebten Belastungen berichteten und gleichzeitig angaben, sie hätten sich durch das Programm nicht belastet gefühlt. Auch wenn die ÜbungsleiterInnen Belastungen im Programm möglicherweise nicht viel Bedeutung beimaßen, berichteten sie davon, um die Fragestellung beantworten zu können.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Verallgemeinerung einzelner Aussagen der Interviews auf die gesamte Gruppe der ÜbungsleiterInnen nicht uneingeschränkt durchführbar ist. Die Interviewlänge variierte zwischen 30 und 60 Minuten. Daher gestalteten sich die einzelnen Interviews unterschiedlich detailreich. Zusätzlich ergaben sich, obwohl der Interviewleitfaden die Abhandlung aller, für die Studie relevanten Punkte, sicherte, für jedes Interview unterschiedliche Gesprächsverläufe mit individuellen Themenschwerpunkten. Des Weiteren waren die befragten ÜbungsleiterInnen im Programm nicht unter denselben Umständen tätig. Sie arbeiteten beispielsweise mit unterschiedlichen Teilnehmergruppen (Männergruppe, Frauengruppe) und in unterschiedlichen Interventionen (2013, 2014). Bestimmte Belastungen beziehungsweise Ressourcen waren gruppenspezifisch und wurden daher nur von den ÜbungsleiterInnen dieser Gruppe wahrgenommen.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass sämtliche Interviews retrospektiv geführt wurden. Zwischen der Beendigung der Tätigkeit im Programm und dem Interview lagen bis zu eineinhalb Jahre. Nach Höpflinger (2010) nimmt die Zuverlässigkeit retrospektiver Aussagen über Alltagshandlungen mit zunehmender Zeitdauer ab. Retrospektive Interviewaussagen sind in diesem Sinne nicht die Reproduktion von Vergangenen, sondern eine Darstellung wie die befragte Person zum Zeitpunkt des Interviews über die Geschehnisse denkt (Höpflinger, 2010). Die interviewten ÜbungsleiterInnen in dieser Studie hatten rückblickend eine positive Einstellung gegenüber dem Programm Movi Kune. Es ist möglich, dass diese aktuelle positive Einstellung dazu beigetragen hat, dass an Belastungen schwerer erinnert wurde, wohingegen positive Ereignisse leichter wiedergegeben werden konnten.

4.2 Ausblick

Es bedarf noch weiterer Forschung um das Erleben der bewegungstherapeutischen Arbeit mit traumabelasteten Personen umfassend darzustellen. In dieser Studie wurde kein Fokus auf den Aspekt der sport- und bewegungstherapeutischen Arbeit als möglichen Einflussfaktor auf das Belastungs- und Ressourcenerleben der ÜbungsleiterInnen gelegt. Im Vergleich zu einer Psychotherapie hatten die

ÜbungsleiterInnen wenig Kontakt mit den traumatischen Erzählungen der TeilnehmerInnen, was die Abgrenzung erleichtert haben könnte. Gleichzeitig arbeiteten die ÜbungsleiterInnen auf einer anderen Beziehungsebene mit den TeilnehmerInnen, welche durch die „Unmittelbarkeit der leiblichen Begegnung“ (Seidler, Schreiber-Willnow, Hamacher-Erbgut, Pfäfflin, 2004, p.228) geprägt war. Die Erforschung, inwiefern körperlicher Zugang die Beziehungsbildung zwischen TeilnehmerInnen und ÜbungsleiterInnen und in Folge deren Wohlbefinden beeinflusst, kann zu einem umfassenden Bild des Belastungs- und Ressourcenerlebens von Personen in diesem Tätigkeitsbereich beitragen.

Ferner führt die Retrospektivität der Interviews möglicherweise zu einer Verzerrung der Erinnerung an vergangene Belastungen und Ressourcen durch die aktuelle Einstellung gegenüber dem Programm. Interviews mit ÜbungsleiterInnen, welche aktuell an dem Programm mitarbeiten, könnten Aufschluss über das unmittelbar erfahrene Belastungs- und Ressourcenerleben geben.

Des Weiteren können die qualitativen Ergebnisse dieser Studie Anstoß für quantitative Forschung in diesem Bereich liefern. Eine quantitative Erhebung des Belastungs- und Ressourcenerlebens der ÜbungsleiterInnen könnte beispielsweise in den Bereichen der *compassion satisfaction* nach Stamm (2010) oder des sekundären posttraumatischen Wachstums nach Brockhouse et al (2011) stattfinden. Denkbar wären ebenfalls Untersuchungen im Bereich der Arbeits- und Lebenszufriedenheit (Fahrenberg, Myrtek & Schumacher, 2000; Biffel, Hager, Hertl & Hudler-Seitzberger, 2006).

4.3 Empfehlungen

Anhand der Ergebnisse dieser Studie können Empfehlungen für die weitere Praxis des Programms getätigt werden. Zunächst soll betont werden, dass sich ein Großteil der Empfehlungen der ÜbungsleiterInnen auf Änderungen im Programm bezog, welche eine Verbesserung für die TeilnehmerInnen bewirken würden. Auf diese wird in diesem Kapitel nicht eingegangen. Vielmehr werden Vorschläge zur Verbesserung der Situation der ÜbungsleiterInnen im Programm gegeben.

Mehrere ÜbungsleiterInnen erwähnten die Schwankung der Teilnehmeranzahl in den Einheiten als Belastungsfaktor. Geringe Teilnehmeranzahlen wirkten demotivierend und eine schwankende Teilnehmeranzahl erschwerte die Planung. Vorschläge um dies zu verbessern waren die frühzeitige Rekrutierung von TeilnehmerInnen, mehr Einheiten pro Woche anzubieten und zwischen den Einheiten Kontakt mit den TeilnehmerInnen zu halten. Gleichzeitig räumten die ÜbungsleiterInnen ein, eine konsistente Teilnehmeranzahl sei schwer zu realisieren. Denkbar wäre eine psychoedukative Weiterbildung der ÜbungsleiterInnen in diesem Bereich. Innere Denkmuster, wie beispielsweise „Das Programm ist nur dann gut, wenn viele TeilnehmerInnen kommen.“ oder „Nur, wenn viele kommen, können wir wirklich helfen.“, können zu negative Gefühlen führen (Kottler, 2011). In einer psychoedukativen Arbeit kann ein Bewusstsein für solche Denkmuster geschaffen und diese in Folge verändert werden.

Der Einsatz von DolmetscherInnen in den Einheiten wurde als hilfreich empfunden und wird weiterhin empfohlen. Obwohl der reibungslose Ablauf der Einheiten durch die Imitationsfähigkeit der TeilnehmerInnen auch ohne DolmetscherInnen möglich war, verbessert die Anwesenheit von DolmetscherInnen die Kommunikation zwischen ÜbungsleiterInnen und TeilnehmerInnen. Das Anleiten von Übungen für die ÜbungsleiterInnen wird erleichtert. Zudem ermöglichen es DolmetscherInnen den TeilnehmerInnen, Rückmeldungen zu geben an die ÜbungsleiterInnen zu geben. Das Wissen über das Befinden der TeilnehmerInnen kann den ÜbungsleiterInnen helfen, zukünftige Einheiten an deren Bedürfnisse anzupassen.

Anhand der Ergebnisse kann ergänzend empfohlen werden, den ÜbungsleiterInnen die Möglichkeit zur Reflexionen anzubieten und eine gute Kommunikation innerhalb des Teams zu fördern. Über Ereignisse nachzudenken und reden zu können wirkt sich nach McMahon (2005) positiver auf das Wohlbefinden aus, als einfache Arbeitspausen. Reflexionen können beispielsweise in den bereits vorhandenen Ressourcen der Gruppengespräche oder des Tagebuchschreibens gefördert werden indem die

ÜbungsleiterInnen angeleitet werden, diese nicht nur deskriptiv, sondern auch verstärkt reflexiv zu verwenden. Es ist denkbar, dass durch die aktive Förderung von Reflexionen in den Gruppengesprächen ein sicherer Rahmen geschaffen wird, in welchem die anfängliche Scheu, vor den KollegInnen oder dem Leiter des Programms über negative Empfindungen zu sprechen, vermindert wird.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Reflexion durch regelmäßige Supervisionen zu fördern. Dadurch entsteht die Möglichkeit erlebte Gegenübertragungsprozesse zu erkennen und zu verstehen. Supervision steht in der Studien nach Gibbons et al. (2011) und Linley und Joseph (2007) in einem positiven Zusammenhang mit Entwicklung und Wachstum. Beispielsweise können die Gruppengespräche nach den Einheiten dafür genutzt werden. Zusätzlich können externe Supervisionen angeboten werden. Den ÜbungsleiterInnen hätten damit die Möglichkeit, mit außenstehenden Personen über das Programm zu reflektieren. Da es schwer sein kann erlebte Belastungen vor KollegInnen oder dem Leiter zuzugeben, kann es leichter sein, mit Außenstehenden darüber zu reden. In der Studie von Guhan und Liebling – Kalifani (2011) wurden von den befragten Personen Ängste beschrieben, als nicht belastbar genug oder falsch für den Job gesehen zu werden, wenn in Supervisionen über negative Auswirkungen der Tätigkeit erzählt werden würde. Solche Hemmungen könnten durch die Anbietung externer Supervisionen vermieden werden.

Ferner kann die Durchführung von Schulungen und Training empfohlen werden. Das Wissen über Traumamodelle, -intervention und -therapie kann sich positiv auf das Verständnis der ÜbungsleiterInnen für die TeilnehmerInnen auswirken. Das Einbeziehen von Wissen über Traumaentstehung und -aufrechterhaltung kann die Planung der Einheiten, beispielsweise durch die Vermeidung von Triggerpunkten und eine wirksame Übungsauswahl, positiv beeinflussen. Die Aneignung von Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit TraumapatientInnen kann den ÜbungsleiterInnen Sicherheit in der Interaktion mit den TeilnehmerInnen geben. Mehrere ÜbungsleiterInnen erwähnten, sie seien in manchen Situationen unsicher gewesen, wie sie auf Äußerungen der TeilnehmerInnen reagieren sollten. Training im

Bereich der Traumaintervention kann helfen, diese Unsicherheiten zu vermindern. Des Weiteren wäre es wünschenswert, bei den ÜbungsleiterInnen ein Grundwissen über Gegenübertragungsprozesse und Abgrenzungsstrategien zu schaffen, um diese frühzeitig zu erkennen und angemessen agieren zu können.

5 Literaturverzeichnis

- Abteilung Sportpsychologie. (2015). "*Movi Kune - gemeinsam Bewegen*" - Trainingstherapeutische Wirkfaktoren und psychosoziale Effekte von Bewegung und Sport bei Posttraumatischen Symptomen. Abgerufen von: Universität Wien, Institut für Sportwissenschaften: https://institut-schmelz.univie.ac.at/abt-sportsoziologie-und-psychologie/sportpsychologie/forschungsprojekte/details/article/movi-kune-gemeinsam-bewegen/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=101530&cHash=47dc58ccb34ce1a7b8e5f7cfb83886a6 abgerufen
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology, 45*, 239-263.
- Atteslander, P. (1926). *Methoden empirischer Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt.
- Backenstraß, M., & Mundt, C. (2007). Psychotherapie. In A. Rohde, & A. Marneros (Hrsg.), *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie - Ein Handbuch* (293-400). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bardach, L. (2014). *Trauma und Bewegung. Eine Untersuchung zur Erhebung des Bedarfs an einem Sport- und bewegungsprogramm für traumatisierte Flüchtlinge, Folter- und Kriegüberlebende des Vereins Hemayat*. unveröffentlichte Abschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Berzoff, J., & Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal, 38*, 341-349.
- Biffi, G., Hager, I., Hartl, M., & Hudler-Seitzberger, M. (2006). *Betriebliche Mitbestimmung und Arbeitszufriedenheit*. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien .

- Bock, M. (1992). Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte Tiefeninterview" : Theorie und Praxis der Methode am Beispiel von. In J. H. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Analyse verbaler Daten : über den Umgang mit qualitativen Daten* (90-109). Opladen: Westdt.-Verl.
- Bock, V. (2008). *Die Erfahrung der Gegenmenschlichkeit : pastoraltheologische und sozialetische Zugänge zur Psychotraumatologie*. Berlin: LIT.
- Bride, B. E. (January 2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work, 52*, 63-70.
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, (2011). Vicarious Exposure to Trauma and Growth in Therapists: The Moderating Effects of Sense of Coherence, Organizational Support, and Empathy. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 735–742.
- Carter, A., & West, M. (1999). Sharing the Burden: Teamwork in health care settings. In J. Firth - Cozens, & R. Payne (Hrsg.), *Stress in Health Professionals* (191-202). Chichester [u.a.]: Wiley.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The Impact of Trauma Work on Trauma Workers: A Metasynthesis on Vicarious Trauma and Vicarious Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma-Theory Research Practice And Policy, 5*, 570-580.
- Craig, C., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress And Coping, 23*, 319-339.
- Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work, October, 48*, 451-459.
- Cushway, D. (1997). Stress in trainee psychotherapists. In V. Varma (Hrsg.), *Stress in Psychotherapists* (44-57). London: Routledge.

- Dale, F. (1997). Stress and the personality of the psychotherapist. In V. Varma (Hrsg.), *Stress in Psychotherapists* (11-23). London: Routledge.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Assoc.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung - Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53, 100-107.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Ducki, A., & Kalytta, T. (2006). Gibt es einen Ressourcenkern? Überlegungen zur Funktionalität von Ressourcen. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 30-38.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., & Schumacher, J. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) : Handanweisung, Fragebogen, Auswertungsbogen*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe-Verlag.
- Farber, B. (1983). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy*, 20, 174-182.
- Farber, B., Heifnitz, L., & Barclay, A. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12, 621-630.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In F. C. R., *Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (1-20). New York: Routledge.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue and the psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.

- Frank, C. (2010). *Sekundäre Traumatisierung, Umgang mit Gefühlen und Selbstfürsorgestrategien bei pädagogischen Fachkräften*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Friedrichs, J. (1938). *Methoden empirischer Sozialforschung*. Opladen: Westdt. Verl.
- Frisch, K. (2014). *In der Gruppe... Soziale Wirkfaktoren im Projekt Movi Kune - Gemeinsam bewegen, einem Bewegungs*. unveröffentlichte Abschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Gibbons, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2010). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice, 25*, 17-30.
- Guhan, R., & Liebling-Kalifani, H. (2011). The Experiences of Staff Working With Refugees and Asylum Seekers in the United Kingdom: A Grounded Theory Exploration. *Journal of Immigrant & Refugee Studies, 9*, 205-228.
- Gurris, N., (2002). Überlegungen zur stellvertretenden Traumatisierung bei Therapeuten in der Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotraumatologie, 3*, 45.
- Guy, J. (1987). *The personal life of the therapist*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Hardiman, P., & Simmonds, J. (2013). Spiritual well-being, burnout and trauma in counsellors and psychotherapists. *Mental Health, Religion and Culture, 16*, 1044-1055.
- Hochedlinger, J., & Hofer, V. (2014). *Laufend mehr Wohlbefinden. Eine qualitative Untersuchung eines Laufprogramms mit traumatisierten Flüchtlingen, Folter-und Kriegsüberlebenden*. unveröffentlichte Abschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Hoffmann, N., & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz Verlag.

- Höpflinger, F. (2010). *Retrospektive Fragen - Probleme und mögliche Strategien*. Abgerufen von:
Memory is imagination: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhmethod1D.html>
- Illichmann, H. (1997). *Von der leiblichen Identität der Therapeutin und der klammheimlichen Kunst, warme Füße zu bekommen. Konzentrative bewegungstherapie*. unveröffentlichte Abschlussarbeit.
- Jaeggi, E. (2005). Das Privatleben der Psychotherapeuten. In O. Kernberg, B. Dulz, & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten : über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (484-489). Stuttgart: Schattauer.
- Jaeggi, E., Reimer, C. (2008). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut, 53*, 92-99.
- Joseph, S., & Linley, P. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology, 9*, 262-280.
- Joseph, S., & Linley, P. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psihologijske Teme, 18*, 335-344.
- Jurisch, F., Kolassa, I.-T., & Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? - Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38*, 250-261.
- Kanter, J. (2007). Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal, 35*, 289-293.
- Kern, N. (1992). *Das Tiefeninterview*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien,.

- Kernberg, O. F. (2005). *Wir: Psychotherapeuten : über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- King, N., & Horrocks, C. (2011). *Interviews in qualitative research*. Los Angeles: Sage.
- Kirchler, E. (2008). *Arbeits- & Organisationspsychologie*. Wien: Facultas.WUV .
- Knaevelsrud, C., Liedl, A., & Stammel, N. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörungen, Herausforderungen in der Therapie der PTBS*. Weinheim: Beltz Verlag.
- König, R. (1973). *Handbuch der empirischen Sozialforschung*. München: Dt. Taschenbuch-Verl. .
- Kottler, J. (2011). *Selbstfürsorge*. Weinheim: Beltz.
- Lemke, J. (2013). *Sekundäre Traumatisierung, Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Kröning: Asanger Verlag.
- Lerias, D., & Byrne, M. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress And Health, 19*, 129-138.
- Ley, C., Lintl, E., & Movi Kune Team. (2014). "Movi Kune - gemeinsam bewegen": Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden. *Spectrum 26*, 71-97.
- Linley, P. J. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 185-188.
- Linley, P., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal Of Social And Clinical Psychology, 26*, 385-403.
- Luthans, F., Avolio, B., Avey, J., & Normann, S. (2007). positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology, 60*, 541-572.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer - Verlag.

- Margison, F. (1997). Stress and Psychotherapy: an overview. In V. Varma (Hrsg.), *Stress in Psychotherapists* (210-234). London: Routledge.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- McCann, L., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McMahon, A. (2012). 'It's hard to feel the ball': practising psychotherapy as a clinical psychologist. *The Irish Journal of Psychology*, 33, 1-16.
- Muller, R. T. (2013). *Wenn Patienten keine Nähe zulassen : Strategien für eine bindungsbasierte Traumatherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. In C. Figley (Hrsg.), *Compassion Fatigue - Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (150-177). New York: Routledge.
- Pell, M. (2013). *Sekundärtraumatisierung bei Helferinnen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Prendinger, C. (1992). *Unterschiede im Helfersyndrom zwischen Laienhelfern und Profihelfern in der Psychiatrie*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Pross, C. (2009). *Verletzte Helfer*. Stuttgart: Klett-Cotta .
- Rake, C., & Paley, G. (2009). Personal therapy for psychotherapists: The impact on therapeutic practice. A qualitative study using interpretative phenomenological analysis. *Psychodynamic Practice*, 15, 275-294.

- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In O. Kernberg, B. Dulz, & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten : über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (563-568). Stuttgart: Schattauer.
- Reid, Y., Kuipers, S., Szmukler, N., Thornicroft, E., Johnson, G., Bebbington, G., . . . Prosser, D. (1999). Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 301-308.
- Reimer, C. (2005). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In O. Kernberg, B. Dulz, & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten : über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (92-101). Stuttgart: Schattauer.
- Reis, D., Schröder, A., & Schlarb, A. (2014). Wohlbefinden, Burn - out und Ressourcen bei Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, *59*, 46-51.
- Schmidbauer, W. (2005). Burn - out in der Psychotherapie. In O. Kernberg, B. Dulz, & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten : über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* (376-384). Stuttgart: Schattauer.
- Seidler, K.-P., Schreiber - Willnow, K., Hamacher - Erbguth, A., & Pfäfflin, M. (2003). Sind Körpertherapeuten anders? Therapeutisches Selbstverständnis von Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapeut*, *48*, 117-121.
- Seidler, K.-P., Schreiber - Willnow, K., Hamacher - Erbguth, A., & Pfäfflin, M. (2004). Ausgebrannt oder angeregt? - Beruflicher Erfahrungshintergrund von Körpertherapeuten am Beispiel von Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *54*, 224-229.
- Sievers, K. (2011). *Belastungserleben bei Psychotherapeuten - Unterschiede zwischen Therapieverfahren und Berufsgruppen*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Bremen, Bremen.

Splevins, K. A., Cohen, K., Joseph, S., Murray, C., & Bowly, J. (2010). Vicarious Posttraumatic Growth Among Interpreters. *Qualitative Health Research, 20*, 1705-1716.

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Abgerufen von:

CompassionSatisfactionAndCompassionFatigue.com:

http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

Stirn, A. (2002). Gegenübertragung. *Psychotherapeut 47*, 48-58.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal Of Traumatic Stress, 9*, (455-471).

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.

Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic growth : positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ : Erlbaum.

Teegen, F., & Gönnenwein, C. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Dolmetschern für Flüchtlinge. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 4*, 419-436.

The National Center for PTSD. (2014). *Negative Coping and PTSD*. Abgerufen von U.S. Department of Veterans Affairs: <http://www.ptsd.va.gov/public/treatment/cope/ptsd-negative-coping.asp>

Thomas, J. (2013). Association of Personal Distress With Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Among Clinical Social Workers. *Journal of Social Service Research, 39*, 365-379.

Uhlig, M. (2008). *Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe*. Abgerufen von Moses Online: <http://www.moses-online.de/artikel/sekundaere-traumatisierung-paedagogischen-fachkraeften-kinder-jugendhilfe>

Van der Veen, F. (1965). Effects of the therapists and the patient on each other's therapeutic behaviour.

Journal of Consulting Psychology, 29, 19-26.

Waschulin, L. (2013). *Sekundäre Traumatisierung und Sekundäres Posttraumatisches Wachstum bei*

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Österreich. Nicht veröffentlichte

Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien.

Willing, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: Open University Press.

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kategorienverteilung der Hauptkategorie (1) Empfindungen	59 <u>9</u>
Tabelle 2 Spezifizierende Kategorien der Detailkategorie „Emotionen“	62 <u>2</u>
Tabelle 3 Kategorienverteilung der Hauptkategorie (2) Belastungen	66 <u>6</u>
Tabelle 4 Kategorienverteilung der Hauptkategorie (3) Ressourcen.....	72 <u>2</u>
Tabelle 5 Kategorienverteilung der Hauptkategorie (4) Bewältigungsstrategie.....	78 <u>8</u>
Tabelle 6 Kategorienverteilung der Hauptkategorie (5) Abgrenzung	84 <u>4</u>
Tabelle 7 Kategorienverteilung der Hauptkategorie (6) Konsequenzen	88 <u>8</u>
Tabelle 8 Darstellung der Kategorien mit Definition, Kodierregel und Ankerbeispiel.....	125 <u>25</u>

7 Anhangverzeichnis

Anhang A: Das Kategoriensystem	125
Anhang B: Interviewleitfaden	137
Anhang C: Einverständniserklärung.....	138
Anhang D: e – mail zur Kontaktaufnahme.....	141
Anhang E: Fragebogen für die soziodemographischen Daten.....	142
Anhang F: Eidesstattliche Erklärung.....	143
Anhang H: Lebenslauf.....	144

8 Anhang

Anhang A: Das Kategoriensystem

Tabelle 8

Darstellung der Kategorien mit Definition, Kodierregel und Ankerbeispiel

Hauptkategorie (1) Empfindungen			
Unterkategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
1_1_Positive Empfindungen	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben positive Empfindungen welche sie während, oder aufgrund der Tätigkeit im Programm erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf positive Empfindungen beziehen.	" <i>Eigentlich, bis auf die erste Einheit, durchwegs positive Emotionen oder Reaktionen</i> " D1(M,M):34(77)
Detailkategorien			
1_1_1_Freude & Spaß	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben positive Gefühle wie Freude & Glück während der Zeit im Programm.	Alle Aussagen, welche sich auf die Emotionen Freude und Glück bei den ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Ich hab richtig gemerkt, 'Ich geh da gern hin und mach das gerne und mit Freude.'" D7:7(13)
1_1_2_lohnende Gefühle	Die ÜbungsleiterInnen treffen Aussagen darüber, wie sie im Laufe des Programms das Gefühl hatten, dass sich das Programm und ihre Tätigkeit darin lohnen.	Alle Aussagen, welche sich auf lohnende Gefühle seitens der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Ich denke ich war auch Stolz darauf, dass ich mir gedacht habe "Wow, cool. Wir schaffen es, dass es ihnen so viel besser geht." D5:9(17)
1_1_3_Motivation & Elan	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben, wie sie motivierende Emotionen im Programm erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf die Motivation der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Ich hab mich dann halt einfach so gefreut, dass diese kleine Sporteinheit ihnen so viel bringt, dass ich selber viel motivierter war." D1:3(11)
1_1_4_Kraft schöpfen	Die ÜbungsleiterInnen treffen Aussagen darüber, inwiefern sie durch die Arbeit im Programm Kraft geschöpft haben.	Alle Aussagen, welche sich darauf beziehen, dass die ÜbungsleiterInnen durch die Tätigkeit im Programm Kraft geschöpft haben.	"Und da hab ich mir gleichzeitig auch wieder Kraft geholt. Dass ich mir denke "Ok, ja, das haben wir gut gemeistert" D4:177 (289)
			"Es war ein Geben und Nehmen hab ich das

			Gefühl gehabt" D7:42 (121)
Unterkategorie			
1_2_Negative Empfindungen	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben negative Empfindungen, welche sie während oder aufgrund der Tätigkeit im Programm erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf negative Empfindungen beziehen.	"Ja, das war sehr belastend. Das war sehr belastend, wirklich." D7:82(53) "Ich war halt dann ein paar Tage nicht so gut drauf." D4:31(165)
Detailkategorien			
1_2_1 physische Befindlichkeit	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben körperliche Empfindungen, welche sie während oder aufgrund der Teilnahme am Programm erfahren haben.	Alle Aussagen, welche sich auf körperliche Befindlichkeit beziehen.	"Ich hab schon manchmal auch gespürt ich hab Kopfweg. Das muss ich schon sagen. Ich hab manchmal nach den Einheiten schon Kopfweg gehabt." D7:27(65)
1_2_2 Kognitionen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, inwiefern sie die Arbeit im Programm gedanklich beschäftigte und welche Gedanken sie während der Tätigkeit mit den TeilnehmerInnen hatten.	Alle Aussagen, welche sich auf Kognitionen und das gedankliche Weiterbeschäftigen mit Programminhalten beziehen.	"Ich hab, glaub ich, zwei Tage gebraucht, bis dass ich das verarbeiten hab können. Weil ich doch ständig daran gedacht habe." D4:19(121)
1_2_3 Emotionen	Die Übungsleiter beschreiben, welche negativen Emotionen sie während der Tätigkeit im Programm erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf bewusst erlebte Emotionen der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Naja Emotionen wären Ärger. Ärger, Trauer, Furcht." D2:19(55)
Spezifizierende Kategorien			
1_2_3_1 Motivation & Frustration	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben, inwiefern sie während oder durch die Arbeit im Programm mit eigener Motivation und Frustration zu kämpfen hatten.	Alle Aussagen, welche sich auf geringe Motivation oder Frustration beziehen.	"Was ich sehr schade fand, weil (...) es hat dann manchmal an meiner Motivation gekratzt. Ich war dann oft enttäuscht." D6:15(31)
1_2_3_2 Mitleid & Trauer	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben, inwiefern sie während oder durch die Arbeit im Programm Mitleid mit den	Alle Aussagen, welche sich auf die Emotionen Mitleid & Trauer beziehen.	"Ich hab ihnen in die Augen geschaut und voll Mitleid gehabt." D4:152(125)

	TeilnehmerInnen empfanden oder Trauer verspürt haben.		
1_2_3_3_ Unsicherheit	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben, inwiefern die Arbeit mit den TeilnehmerInnen Unsicherheit bei ihnen ausgelöst hat.	Alle Aussagen, welche sich auf die Emotion Unsicherheit beziehen.	"(...) dass ich nicht wirklich wusste, wie ich mit ihm umgehen soll. Ich konnte das gar nicht einschätzen. Dass man es ihm angemerkt hat. Also vielleicht da, dass ich mich da nicht dem gewachsen gefühlt habe." D6:28(59)
1_2_3_4_ Hilfslosigkeit	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben, inwiefern sie während der Arbeit im Programm die Emotion Hilfslosigkeit empfunden haben. Diese Hilfslosigkeit kann sich entweder auf die Tätigkeit im Programm beziehen, oder auf die Lebenssituation der TeilnehmerInnen.	Alle Aussagen, welche sich auf die Emotion Hilfslosigkeit bei den ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Hilfslosigkeit, vor allem. Weil ich nicht gewusst hab - oder wir alle in der Gruppe, uns dann ausgetauscht haben und wir nicht gewusst haben, was wir machen können, dass es ihr besser geht." D5:23(51)
1_2_3_5_ Sonstige Emotionen	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben negative Emotionen, welche sie während der Tätigkeit im Programm erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf negative Emotionen beziehen, welche nicht in den Detailkategorien 1_2_5 - 1_2_8 erfasst werden.	"Also, auch diese Konfrontation mit Menschen, denen es schlecht geht, die in mir zuerst Angst ausgelöst und Unsicherheit (...)" D3:111(261)
Unterkategorie			
1_3_ Emotionsübertragung	Die ÜbungsleiterInnen berichten, wie sich Emotionen von den TeilnehmerInnen auf sie übertragen haben. Dies können sowohl positive, als auch negative Emotionen sein.	Alle Aussagen, welche sich auf die Übertragung von Emotionen beziehen.	"Ich hab so etwas noch nie gefühlt, dass ich das wirklich... anscheinend hab ich das wirklich aufgesaugt." D4:26(141) "Ich hab mich sehr wohl gefühlt und diese Freude hat sich auf mich total übertragen." D3:6(15)

Hauptkategorie (2) Belastungen

	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
Unterkategorie			
2_1_Programmstruktur	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, inwiefern strukturelle Aspekte des Programms für sie eine Schwierigkeit oder Belastung darstellten.	Alle Aussagen, welche sich auf negative Gefühle, welche durch die Programmstruktur ausgelöst wurden, beziehen.	"Interviewer: Was war da so anstrengend? Befragter: Ich weiß es nicht. Es war von vorn bis hinten. Mit dem organisieren, war es so, dass ich ein - zwei Stunden vorbereitet hab." D4:45(189)
Detailkategorien			
2_1_1_Raum & Zeit als Belastung	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, inwiefern die Räumlichkeiten und zeitlichen Aspekte für sie eine Schwierigkeit im Programm darstellten.	Alle Aussagen, welche sich auf das Erleben von räumlichen und zeitlichen Aspekten als Belastung beziehen.	"Wir haben gemerkt, dass die Harmonie in diesem Raum nicht so toll ist und können nichts daran ändern, weil wir haben halt nur diesen Raum gehabt." D5:37(81)
2_1_2_Verantwortung	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, inwiefern die Verantwortung über einen guten Ablauf der Einheiten eine Belastung ist.	Alle Aussagen, welche sich auf die Übernahme von Verantwortung und deren Konsequenzen auf das Belastungserleben der ÜbungsleiterInnen, beziehen.	"Dass schon, nur allein, dass du jetzt die Verantwortung für das Ganze trägst, also, dass alles funktioniert, dass alle da sind, dass der Ablauf geregelt ist, usw. Da hab ich schon gemerkt, ja, dass das irgendwie eine Herausforderung ist." D7:29(73)
2_1_3_Vorbereitung & Nachbereitung	Die ÜbungsleiterInnen beschreiben, wie sie die Vor- und Nachbereitung der Einheiten erlebten und wie dies ihr Belastungserleben beeinflusste.	Alle Aussagen, welche sich auf die Vor- und Nachbereitung der Einheiten beziehen.	"Ich wollte mich möglichst gut vorbereiten und auch, dass alles passt. Vielleicht hab ich mir selber dann auch den Stress gemacht." D4:47(193)
2_1_4_Triggerpunkte	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, welche Rolle Triggerpunkte und Retraumatisierung in	Alle Aussagen, welche sich auf Triggerpunkte und Retraumatisierung beziehen.	"Das waren vielleicht so Dinge, die im Hinterkopf waren. Dass man ja nicht solche Triggerpunkte

	ihrem Erleben des Programms einnahmen.		auslöst, während der Sportart, ja." D1:68(71)
2_1_5_Sprachbarriere	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, ob sie Schwierigkeiten hatten, mit den TeilnehmerInnen zu kommunizieren und wie sie diese Sprachbarriere erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf Sprachbarrieren und Kommunikation mit den TeilnehmerInnen beziehen.	"Das war (...) ja, eine versteckte Schwierigkeit, würd ich sagen. Weil die Teilnehmer haben es oft nicht kommuniziert, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Sie sind da (Lacht) Sie waren da sehr geschickt im Nachmachen." D3:47(183)
Unterkategorie			
2_2_TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, welche Aspekte der Arbeit mit den TeilnehmerInnen eine Belastung für sie darstellten.	Alle Aussagen, welche sich auf negative Gefühle, welche durch die TeilnehmerInnen ausgelöst wurden, beziehen.	"..., was mir eher negativ in Erinnerung ist, ist, dass manchmal Aussagen von den Teilnehmern kamen, die wie so ein kleiner Faustschlag waren." D3:120(59)
Detailkategorien			
2_1_1_Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, wie sie über die Lebensgeschichten der TeilnehmerInnen erfuhren und inwiefern diese für sie eine Belastung darstellten.	Alle Aussagen, welche sich auf die Hintergrundgeschichten der TeilnehmerInnen beziehen und wie sich diese auf die ÜbungsleiterInnen ausgewirkt haben.	"Belastend waren vor allem die Hintergrundinformationen . Weil ich... Also einerseits wollte ich es wissen, was die Frauen erlebt haben. Aber andererseits war es schon sehr belastend" D7:19(49)
2_2_2_Anzahl der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, wie die Anzahl der TeilnehmerInnen für sie eine Schwierigkeit im Programm darstellte.	Alle Aussagen, welche sich auf die Teilnehmeranzahl und deren Auswirkung auf das Belastungserleben der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Dann, wenn wir hingekommen sind und gemerkt haben, "Ok, 10 Minuten nach Beginn - noch immer erst ein Teilnehmer da." Da ging die Motivationskurve immer so leicht nach unten." D3:36(145)
2_2_3_Leiden & Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen berichten, wie sie das Leiden und die Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen mitbekommen haben und	Alle Aussagen, welche sich auf das Leiden oder die Traumasymptomatik der TeilnehmerInnen beziehen und deren Konsequenzen auf das	"Du merkt halt einfach, dass es ihr voll schlecht geht. Und sie lacht nie. Und du siehst es an ihrem Gesichtsausdruck, dass sie teilweise nicht mehr will.

	inwiefern dies eine Belastung für sie dargestellt hat.	Belastungserleben der ÜbungsleiterInnen.	Du kannst nichts tun. Solche Sachen waren belastend. Dass du sie anschaust und merkst "Boa, der geht's voll schlecht." D5:57 (127)
2_2_4_Flüchtlingsituation	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen über die Situation der TeilnehmerInnen als Flüchtlinge und wie sie diese empfunden haben.	Alle Aussagen, welche sich auf die Flüchtlings- bzw. Asylsituation der TeilnehmerInnen beziehen.	"Und belastend war auch, zum Beispiel, eine Frau ist dann plötzlich nicht mehr gekommen, weil sie abgeschoben wurde." D5:98(43)

Hauptkategorie (3) Ressourcen

	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
Unterkategorie			
3_1_TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, inwieweit die Arbeit mit den TeilnehmerInnen eine Ressource für sie dargestellt habe.	Alles Aussagen, welche sich auf positive Gefühle, welche durch die TeilnehmerInnen ausgelöst wurden, beziehen	"Mir haben die Frauen mindestens genauso viel gegeben wie ihnen." D7:40 (117)
Detailkategorie			
3_1_1_Entwicklung der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen über die Entwicklungen der TeilnehmerInnen während des Programms und wie sie diese Entwicklungen empfunden haben.	Alle Aussagen, welche sich auf die Entwicklung der TeilnehmerInnen und die dadurch ausgelösten Empfindungen bei den ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Was ich am positivsten in Erinnerung hab, war eigentlich die Veränderung die zu sehen war. Von den ersten Einheiten weg, bis zur letzten." D5:1(9)
3_1_2_Freude der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen erzählen über die positiven Gefühle der TeilnehmerInnen im Programm und wie sie diese empfunden haben.	Alle Aussagen, welche sich auf positive Emotionen der TeilnehmerInnen und die dadurch ausgelösten Empfindungen bei den ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Positive Erfahrungen waren vor allem, dass sich die Teilnehmer so sehr gefreut haben, auf das Programm und, dass sie zum Teil einen richtig langen Weg auf sich genommen haben, nur um mit uns diese dreiviertel Stunde Sport zu machen." D1:1(5)

3_1_3_Rückmeldung der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, welche Rückmeldungen sie von den TeilnehmerInnen erhielten und wie sie diese erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf Rückmeldungen der TeilnehmerInnen beziehen und wie diese von den ÜbungsleiterInnen erlebt wurden.	"Weil das natürlich auch viel zurück gibt. Ich hab zwar kein Geld für den Job bekommen, oder für das Praktikum, aber was man da auf der Ebene eben von den Menschen zurückbekommen hat - an Dankbarkeit, auch jede Woche. Die haben sich immer alle bedankt, nach den Sporteinheiten - dass war viel mehr wert, meiner Meinung nach." D1:14(31)
3_1_4_Stärke der TeilnehmerInnen	Die ÜbungsleiterInnen treffen Aussagen über die Stärke(n) der TeilnehmerInnen und wie sie diese erlebten.	Alle Aussagen, welche sich auf die Stärke(n) der TeilnehmerInnen und die dadurch ausgelösten Empfindungen der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"In derer Hinsicht, weil ich einfach gemerkt habe: "Ok, egal welche schreckliche Erfahrungen es gibt und (...) - immer wieder Stehaufmännchen." Und das haben mir auch die Frauen gezeigt." D4:141(27)
3_1_5_Gefühl, Gutes zu tun	Die ÜbungsleiterInnen berichten, wie die Arbeit im Programm ihnen das Gefühl gab, etwas Gutes zu tun, und wie sich das bei ihnen auswirkte.	Alle Aussagen, welche sich auf das Gefühl der ÜbungsleiterInnen beziehen, etwas Gutes zu tun.	"Es ist schon eine Arbeit (...), die mich voll froh gemacht hat, weil ich mir gedacht hab: "Boa, ich hab endlich mal einen Job, wo ich merke, ich tu was Gutes." D5:68(155)
Unterkategorie			
3_2_Programm Movi Kune	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, inwiefern Aspekte des Programms für sie eine Ressource darstellten.	Alle Aussagen, welche sich auf positive Gefühle, welche durch das Programm Movi Kune ausgelöst wurden, beziehen.	„Ja man hat einfach gesehen in dem Projekt, "Wow, da ist so viel Potential dahinter." Und da auch mit so viel Lebensfreude und ressourcenorientiert“ D4:191(91)
Detailkategorien			
3_2_1_Programmorganisation	Die ÜbungsleiterInnen treffen Aussagen darüber, wie sie die Organisation des Programmes als positiv erlebten.	Alle Aussagen, welche sich darauf beziehen, inwiefern die Programmorganisation Grund für positive Empfindungen bei den ÜbungsleiterInnen war.	"Aber sonst fand ich das eigentlich sehr, sehr gut aufgebaut. Für das, dass es das zweite Jahr erst war, war es sehr gut organisiert und strukturiert. D1:51(120)
3_2_2_Raum & Zeit als Ressource	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, inwiefern die Räumlichkeiten und zeitlichen Aspekte sich	Alle Aussagen, welche sich auf positives Erleben von räumlichen	"Dass auch der Raum eine Stimmung vermittelt hat, die sehr positiv war. Es war so eine Einheit.

	positiv auf ihr Erleben im Programm ausgewirkt haben.	und zeitlichen Aspekten beziehen.	So eine Fraueneinheit. So was Kleines, Kompaktes und Freundliches. Der Raum hat das auch widergespiegelt und die ÜbungsleiterInnen auch. D4:101(317)
3_2_3 Ganzheitlichkeit & Interdisziplinarität	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, inwiefern die interdisziplinäre und ganzheitliche Orientierung des Programms sich positiv auf ihr Erleben im Programm ausgewirkt hat.	Alle Aussagen, welche sich auf positives Erleben von interdisziplinären und ganzheitlich orientierten Aspekten beziehen.	"Diesen kunsttherapeutischen und sporttherapeutischen Zugang. Dass die so gut kombinierbar sind. Und...ja, dass das auch den Frauen so viel gibt und sie sich mehr öffnen können, hab ich das Gefühl, in der Kombination." D7:67(211)
3_2_4 Auftrag & Idee von Movi Kune	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, wie sich der Auftrag und die Grundidee von Movi Kune positiv auf ihr Erleben im Programm ausgewirkt haben.	Alle Aussagen, welche sich auf den Auftrag und Grundidee von Movi Kune beziehen.	"Und wie schön ist es, wenn man, ja, wenn man einfach Menschen auch wirklich Raum und Zeit geben kann, dass sie wenigstens für eine Stunde oder eineinhalb Stunden abschalten können. D7:87(267)

Hauptkategorie (4) Bewältigungsstrategien

	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
Unterkategorie			
4_1_Bewältigungsstrategien im Programm	Die ÜbungsleiterInnen erzählen über Bewältigungsstrategien, welche im Rahmen des Programms erfolgten.	Alle Aussagen, welche sich auf Bewältigungsstrategien und Bewältigung von Belastungen innerhalb Programms beziehen.	"Interviewer: Was dir am meisten geholfen hat, wenn ich das mal so zusammenfassen darf, waren die Gruppendiskussionen danach und das Reflektieren darüber, mit der Therapeutin und mit deiner Kollegin? Befragter: Genau." D3:29(115)
Detailkategorie			

4_1_1_Gruppengespräche	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, inwiefern die Gruppengespräche nach den Einheiten eine Hilfe bei der Bewältigung von Belastungen waren.	Alle Aussagen, welche sich auf Gruppendiskussionen und deren Relevanz für das Wohlbefinden der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"... eine sehr gute Bewältigungsstrategie war für mich immer (...) diese kurzen Gespräche danach, mit allen, mit C., mit W., mit P. und mir." D1:42(95)
4_1_2_KollegInnen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, inwiefern die anderen ÜbungsleiterInnen, TherapeutInnen und der Programmleiter eine Möglichkeit zur Bewältigung von Belastungen darstellten.	Alle Aussagen, welche sich auf die soziale Beziehung und Gespräche mit den anderen Mitwirkenden an dem Programm beziehen.	"Also das hast mir voll geholfen, sich irgendwie auszutauschen, mit Personen die das gleiche gesehen haben und die die Teilnehmer so kennen, wie du sie kennst." D5(136)
4_1_3_Tagebücher	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, inwiefern das Schreiben der Tagebücher für sie eine Bewältigungsstrategie darstellte.	Alle Aussagen, welche sich auf das Schreiben der Tagebücher beziehen.	"...und das Tagebuch schreiben. Das war sehr (...) das alles niederschreiben, das war ein kleines Stück Therapie, hab ich immer gefunden. Das hat mir auch immer sehr geholfen. Obwohl es mich am Anfang manchmal nicht wirklich gefreut hat. Aber, dass dann alles draußen ist." D4:86(269)
4_1_4_Anpassung	Die ÜbungsleiterInnen machen Angaben darüber, inwiefern sich das Gewöhnen und Anpassen an das Programm zur Bewältigung von Belastungen beitragen.	Alle Aussagen, welche Anpassungsstrategien zur Bewältigung von Belastungen im Programm beschreiben.	"Aber es hat mich dann auch nicht gestört. Ich hab meine Ansprüche runtergeschraubt." D6:51(127)
spezifizierende Kategorien			
4_1_4_1_Flexibilität	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, wie wichtig es in diesem Programm ist, mit der Stundenplanung flexibel zu sein.	Alle Aussagen, welche sich auf die Notwendigkeit von flexiblen Planänderungen seitens der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"Dass es voll wichtig ist, flexibel zu sein. Und dass es gut ist, einen Plan zu haben, aber man braucht auch einen Plan B oder einen Plan C. Weil man, (...) mit der Zielgruppe nie wissen kann, was passiert." D5:89(233)
Unterkategorie			
4_2_Bewältigungsstrategien Privat	Die ÜbungsleiterInnen geben Auskunft darüber,	Alle Aussagen, welche sich auf	"Ich hab zum Beispiel dann den Sport genutzt,

welche Selbstfürsorgestrategien sie im Privatleben anwandten, um mit Belastungen aus dem Programm umzugehen.	Bewältigungsstrategien im Privatleben beziehen.	(...) für mich selber." D4:42 (185) "... und hab dann sehr viele Gespräche gesucht, auch mit dem guten Freund von mir und dann hat das gepasst." D4:138 (165)
--	---	--

Hauptkategorie (5) Abgrenzung

	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
Unterkategorie			
5_1_Einflüsse des Programms auf das Privatleben	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, inwiefern sich die Teilnahme am Programm auf ihr Privatleben ausgewirkt hat.	Alle Aussagen, welche sich auf die Auswirkungen des Programms auf das Privatleben der ÜbungsleiterInnen beziehen und keine privaten Bewältigungsstrategien (siehe dazu Unterkategorie <i>4_2_Private Bewältigungsstrategien</i>) darstellen.	"Die Befriedigung mit dem Job ist für mich auch sehr wichtig fürs Privatleben. Weil es dir dann auch besser geht, generell." D5:69(157)
5_2_Einflüsse des Privatlebens auf das Programm	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, wie sich ihr Privatleben auf ihr Verhalten im Programm ausgewirkt hat.	Alle Aussagen, welche sich auf die Einflüsse des Privatlebens auf das Verhalten im Programm beziehen.	"Ich finde, dass man merkt, oder ich persönlich hab gemerkt, dass wann ich sonst irgendwie gestresst war, durch Unistress oder Sachen die im Privatleben waren, - dass ich die Einheiten viel anstrengender empfunden habe." D5:63(143)
5_3_Abgrenzungshandlungen	Die ÜbungsleiterInnen erzählen, welche Rolle Abgrenzung für sie während der Tätigkeit im Programm spielte.	Alle Aussagen, welche sich auf Abgrenzung und Handlungen der ÜbungsleiterInnen zur Abgrenzung beziehen.	"Also in dem Sinne hab ich mich abgegrenzt, dass ich mir gedacht hab "Es bringt jetzt nichts, wenn ich mich da jetzt voll hineinsteigere, weil dann geht's nur mir schlecht und dann bringt das den Frauen auch nichts." D5:75(179)

Hauptkategorie (6) Konsequenzen

	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
Unterkategorie			
6_1_Lernerfahrungen	Die ÜbungsleiterInnen berichten, welche Erfahrungen sie aus dem Programm mitnehmen konnten.	Alle Aussagen, welche sich auf Erfahrungswerte und Lerninhalte beziehen.	"Ich habe sehr viel gelernt in der Abgrenzung und auch in meinem jetzigen Bereich." D4:133(413)
Detailkategorie			
6_1_1_Zielgruppe	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, wie sie durch die Arbeit im Programm ein Verständnis über die Zielgruppe erhielten.	Alle Aussagen, welche sich auf das Lernen über die Zielgruppe beziehen.	"Wir haben halt, gerade durch die Gespräche mit der Therapeutin, viel über Asylanten und so mitbekommen. Und Lebenssituationen von Asylanten, wo man halt, oder ich vor allem, vorher keine Ahnung gehabt habe, wie das da abläuft und so. Das hab ich auf gelernt, wie das wirklich abläuft, und was da auch Probleme sind." D5:78(191)
6_1_2_Prioritäten	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, dass sie durch das Programm und die Arbeit mit den TeilnehmerInnen bestimmte Dinge in ihrem Leben mehr wertschätzen.	Alle Aussagen, welche sich auf Wertschätzung und Dankbarkeit der ÜbungsleiterInnen beziehen.	"(...) dass man eigentlich mehr schätzt, was man selber hat. Also eigentlich, ja, fast egoistisch der zweite Gedanke. Also, zuerst das - so schlimm wie es den Menschen geht und dann sitzt man sich hin und denkt sich wie gut es einem selbst geht." D2:13(37)
6_1_3_berufliche Zukunft	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, dass sie das Programm in ihrer Meinung über ihre berufliche Zukunft, beeinflusst hat.	Alle Aussagen, welche sich auf den Einfluss des Programms auf die berufliche Einstellung der ÜbungsleiterInnen beziehen.	Für mich selber hab ich gelernt, dass ich (...) unbedingt in dem Bereich bleiben will." D7:69(219)
6_1_4_Fähigkeiten & Wissen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, welche Fähigkeiten, Einstellungen und Wissensinhalte sie durch die Teilnahme am	Alle Aussagen, welche sich auf das Aneignen neuer Fähigkeiten, Einstellungen und Wissensinhalte beziehen.	"Von dem hab ich auch sehr, sehr viel gelernt. Und nicht aufgeben, weil die Frauen geben doch auch nicht auf, in schwierigen Situationen." D4:134(417)

	Programm gewonnen haben.		
Unterkategorie			
6_2_subjektives Belastungs- & Ressourcenerleben	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, wie sie ihr Belastungs- und Ressourcenerleben einschätzen.	Alle Aussagen, welche sich auf das subjektive Belastungs- und Ressourcenerleben beziehen.	"Alles in allem war es auf jeden Fall mehr positiv. Weil, einfach, die Erfahrungen, die ich gemacht habe, die Positiven, auch die, die vielleicht zuerst negative Gefühle in mir ausgelöst haben, im Endeffekt alle etwas Positives bewirkt haben, für mich persönlich." D3:59(261)
6_3_Empfehlungen	Die ÜbungsleiterInnen machen Aussagen darüber, was sie an dem Programm verbessern würden.	Alle Aussagen, welche sich auf Verbesserungsvorschläge beziehen.	"Und was wir uns gedachten haben, was gut gewesen wäre, aber glaub ich, trotzdem schwierig umsetzbar, dass man vielleicht drei Termine anbietet. Dann ist vielleicht für jeden auch ein zweiter dabei." D6:83(206)

Anhang B: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Einleitende Worte

Vielen Dank, dass du dir für mich Zeit nimmst. Es geht in diesem Interview um Ihre Tätigkeit in dem Projekt Movi Kune. Selbstverständlich werden alle Daten anonymisiert werden. Sollte eine Frage zu persönlich werden, musst du selbstverständlich nicht darauf antworten.

1. Ich weiß, es ist schon länger her, aber kannst mir erzählen, was du an dem Programm als positiv erlebt hast?
 - a. Wie würdest du sagen, hast sich das bei dir ausgewirkt?
 - b. Kannst du mir von einem Ereignis berichten, welches du als besonders positiv in Erinnerung hast und was es für dich bedeutet hat?

2. Wenn du dich zurückerinnerst, was an dem Programm hast du als belastend empfunden?
 - a. Was war daran so belastend?
 - b. Kannst du mir von einem Ereignis erzählen, welches für dich belastend war?
 - Was hat es bei dir ausgelöst?

3. Welche Gefühle hat die Tätigkeit mit den TeilnehmerInnen in dir ausgelöst?
 - a. Was hat dir Privat geholfen mit den Gefühlen umzugehen?
 - b. Was war für dich im Programm eine hilfreiche Stütze und Ressource?

4. Es ist normal, dass sich Dinge vom Programm auf dein Privatleben auswirken und umgekehrt, dass man selbst Dinge von sich ins Programm mitnimmt.
 - a. Konntest du Auswirkungen des Programms (auf körperlicher, psychischer, emotionaler, sozialer Ebene) auf dein Privatleben bei dir beobachten?
 - b. Inwiefern, würdest du sagen, haben private Angelegenheiten dein Erleben und Verhalten im Programm beeinflusst?

5. Zum Abschluss noch eine allgemeine Frage – Was konntest du aus dem Programm für dich, privat oder beruflich, mitnehmen?

Anhang C: Einverständniserklärung

Einwilligungserklärung

Ressourcen- und Belastungserleben von ÜbungsleiterInnen des Bewegungsprogramms Movi Kune

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten Interviewstudie teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden, dies hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung dieser Studie ist, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Die Studie wird von der Universität Wien (Institut für Sportwissenschaften & Institut für Psychologie) durchgeführt.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist es zu beschreiben, mit welchen Belastungen ÜbungsleiterInnen des Bewegungsprogramms Movi Kune konfrontiert waren und welche Ressourcen ihnen zur Bewältigung zur Verfügung standen. Des Weiteren sollen die positiven und negativen Konsequenzen der Tätigkeit im Programm dargestellt werden. Durch die Ergebnisse dieser Studie soll die Möglichkeit entstehen, zukünftige ÜbungsleiterInnen auf die Tätigkeit im Programm vorzubereiten. Es kann über mögliche Belastungen informiert werden und welche Ressourcen und Selbstfürsorgestrategien sich als hilfreich erwiesen haben.

2. Wie läuft die Studie ab?

Es werden insgesamt ungefähr 10 Personen an dieser Studie teilnehmen. Das Interview wird voraussichtlich eine Stunde dauern.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Vielmehr tragen Sie mit Ihrer Mithilfe dazu bei, Wissen über das Erleben der Tätigkeit mit traumabelasteten Personen zu generieren und zukünftige ÜbungsleiterInnen auf diese Arbeit vorzubereiten.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Trotz bestmöglicher Planung besteht die Möglichkeit im Zuge des Interviews Unwohlsein oder Unbehagen zu erleben. Das Erinnern und Wiedergeben belastender Inhalte kann bei verschiedenen Menschen als unterschiedlich anstrengend erlebt werden. Es kann vorkommen, dass durch das Erinnern unangenehme Inhalte geweckt werden und auch in der Zeit nach dem Interview bestehen. Sollten Sie die Teilnahme an dieser Studie zu irgendeinem Zeitpunkt des Interviews als zu belastend empfinden, können Sie es jederzeit abbrechen.

5. Was ist zu tun beim Auftreten von Symptomen, Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Sollten sich aufgrund des Interviews Belastungen für Sie ergeben, und diese auch später noch weiter bestehen, sollten Sie diese bitte baldmöglichst mitteilen, sodass wir Ihnen Unterstützung und professionelle Beratung anbieten können.

6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Nur die Studienleiterin und -betreuerIn haben Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. All diese Personen unterliegen der Schweigepflicht. In etwaigen **Veröffentlichungen der Daten dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt.**

7. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten und Sie erhalten keine finanzielle Bezahlung.

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen die Studienleiterin gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser Studie betreffen, werden gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Hainz Alexandra
Ständig erreichbar unter: 0664-1990103
a0904280@unet.univie.ac.at

Einwilligungserklärung

Name der/s TeilnehmerIn in Druckbuchstaben:

.....

Ich erkläre mich bereit, an der Studie "Ressourcen- und Belastungserleben von ÜbungsleiterInnen des Bewegungsprogramms Movi Kune" teilzunehmen. Ich bin von Frau Hainz Alexandra ausführlich und verständlich über die Interviewstudie aufgeklärt worden. Es wurden mir mögliche Belastungen und Risiken, sowie Anforderungen an mich verständlich und ausführlich erklärt. Ich habe darüber hinaus den Text dieser TeilnehmerInnenaufklärung, die insgesamt 2 Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von der Studienleiterin verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden.

Eine Kopie dieses Dokumentes habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleiterin.

.....
(Datum und Unterschrift der TeilnehmerIn)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Studienleiterin)

Anhang D: e – mail zur Kontaktaufnahme

Hi,

Ich schreibe dir, weil ich derzeit eine Diplomarbeit in der Abteilung Sportpsychologie bei Univ. Ass. Dr. Clemens Ley über das Programm Movi Kune schreibe.

Ich möchte in meiner Arbeit das Belastungs – und Ressourcenerleben der ÜbungsleiterInnen des Bewegungsprogramms beschreiben.

Da du bei diesem Projekt auch mitgearbeitet hast, bitte ich dich um deine Teilnahme an dieser Studie. Es handelt sich dabei um ein Interview, welches ca. 45 min. dauern wird. Da es insgesamt nur 10 ÜbungsleiterInnen gibt, ist es wichtig, dass jede/r an dieser Studie teilnimmt.

Es würde mich wirklich sehr freuen, wenn du dir kurz eine Stunde für mich Zeit nimmst, um mir bei meiner Arbeit zu helfen.

Gib mir einfach Bescheid, wann du für ein Treffen Zeit hättest (in den Ferien oder danach). Solltest du Fragen haben, beantworte ich diese selbstverständlich gerne.

Mail: a0904280@unet.univie.ac.at

Tel.: XXXX-XXXXXXX

Vielen Dank,

Liebe Grüße,

Hainz Alexandra

Anhang E: Fragebogen für die soziodemographischen Daten

Soziodemografische Daten

Geschlecht:

Alter:

Studienrichtung:

Anzahl an Studiensemester zum Zeitpunkt der Teilnahme am Programm:

Programm 2013 oder 2014:

Dauer der Arbeitszeit im Programm:

Erfahrung mit Psychotherapie oder Traumatologie:

Anhang F: Eidesstattliche Erklärung**Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 11.12.2015

Anhang H: Lebenslauf**Lebenslauf**

Name: Hainz Alexandra
 Anschrift: Seegasse 28/13, 1090 Wien
 Email: a0904280@unet.univie.ac.at

Akademische Laufbahn

seit 2015	Bachelorstudium Sportwissenschaften (Universität Wien)
seit 2010/14	Lehramtsstudium mit den Fächern Psychologie/ Philosophie (2010) und Sport/ Bewegung (2014) (Universität Wien)
2009-2015	Diplomstudium Psychologie (Universität Wien)
2002-2009	Bundes- und Realgymnasium Braunau am Inn

Praktika:

10/2014–12/2014	forschungsorientierte Mitarbeit an der Interventionsstudie "Movi Kune - gemeinsam bewegen" (Institut für Sportwissenschaften, Abteilung Sportpsychologie, Universität Wien)
07/2009–09/2009	Praktikum im Psychotherapie - und Pflegeberuf (Inntalklinik Simbach am Inn - Fachklinik für Integrierte Psychosomatik und Ganzheitsmedizin, Deutschland)
07/2008–09/2008	Praktikum im Psychotherapie - und Pflegeberuf (Inntalklinik Simbach am Inn - Fachklinik für Integrierte Psychosomatik und Ganzheitsmedizin, Deutschland)