

Clemens Ley, Edita Lintl & Movi Kune Team*

*L. Bardach, J. Hochedlinger, V. Hofer, P. Strobl, L. Steinmaurer, K. Frisch, P. Vogl, A. Koch, M. Peer, F. Dann, M. Rato Barrio, J. Kaunitz, W. Ruckhofer

„Movi Kune – gemeinsam bewegen“: Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folter- überlebenden

*“MOVI KUNE – MOVING TOGETHER”: MOVEMENT AND EXERCISE
THERAPY WITH WAR AND TORTURE SURVIVORS*

Zusammenfassung

Bei Folter- und Kriegsüberlebenden zeigt sich eine besonders hohe Prävalenz von psychosomatischen und psychosozialen Störungen. Gleichzeitig belegen zahlreiche Studien die körperlichen und psychosozialen Gesundheitseffekte von Bewegung und Sport, welche bezüglich des Erscheinungsbildes der traumatisierten Flüchtlinge, Kriegs- und Folterüberlebenden eine hohe therapeutische Bedeutung haben, aber kaum genutzt werden. Der Forschungsbedarf ist groß, zumal in Österreich im Jahr 2012 die Trainingstherapie für Sportwissenschaftler(innen) zugänglich gemacht wurde, deren Absolvent(inn)en unter anderem im therapeutischen Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik arbeiten sollen.

Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ möchte hier einen Beitrag für die klinische Forschung und die bewegungstherapeutische Praxis mit Menschen mit einer Traumatisierung leisten. Seit 2013 führen dazu die Abteilung Sportpsychologie (Universität Wien) und das Betreuungszentrum für Kriegs- und Folterüberlebende Hemayat gemeinsam bewegungstherapeutische Programme durch und erforschen deren Struktur, Prozesse und Ergebnisse mit qualitativen Methoden (teilnehmende Beobachtung, Interview und Gruppendiskussionen). Bis jetzt wurden zwei dreimonatige Interventionsstudien mit von Hemayat betreuten Kriegs- und Folterüberlebenden in geschlechtergetrennten Kleingruppen von fünf bis zehn Personen durchgeführt.

Die Ergebnisse der Experteninterviews geben wichtige Informationen darüber, wie ein entsprechendes Bewegungsprogramm aus Sicht der Trauma-Expert(inn)en gestaltet und wie im Rahmen der Trauma-Therapie der Fokus auf „Sicherheit erleben“ und „Ressourcen aktivieren“ gesetzt werden sollte.

Anhand von zwei Fallanalysen aus der ersten Interventionsstudie werden Ergebnisse zur Durchführung, zu den Wirkfaktoren und Effekten exemplarisch aufgezeigt. Dabei werden die Relevanz des selbstbestimmten aktiven und bewegten Tuns und Mitgestaltens, des positiven Selbsterlebens, des Nachspürens bei sich selbst und des Erfahrens von Sicherheit, Kontrolle, Erfolgen und Freude sowie die Wirkungen des Gruppenerlebens und der Beziehungsgestaltung deutlich.

Schlagworte: Trainingstherapie – Trainingskonzept – posttraumatische Rehabilitation

Abstract

The prevalence of psychosomatic and psychosocial disorders in torture and war survivors is particularly high. At the same time, numerous studies have shown the physical and psychoso-

cial health benefits of exercise and sport. These benefits are extremely relevant for traumatised refugees, torture and war survivors, however they are currently scarcely applied. Further research is therefore needed; also due to the fact, that in 2012 the occupational field of exercise therapy was extended to sport scientists in Austria. Exercise professionals are now allowed to also work with patients with psychiatric and psychosomatic disorders.

In this regard, the project “Movi Kune – moving together” aims to address the gap in research and practical interventions for people with traumatic experiences. Therefore, the sport and exercise psychology department (University of Vienna) works together with the care centre for torture and war survivors Hemayat in Vienna (Austria), implementing exercise and movement therapy programmes and evaluating their structure, process and outcomes since 2013.

Up to now, two phases of three-months interventions were conducted and investigated applying qualitative research methods (participatory observation, interview and group discussion). War and torture survivors in care of Hemayat partook in groups of five to ten male or female participants.

The results of the expert interviews reveal important insight into how such movement therapy programs should be designed and implemented from a trauma-therapists’ point of view. In addition the results demonstrate how the focus can be placed on “experiencing security” and “activating resources” within the framework of trauma therapy.

Results of two case studies from the first intervention phase provide a first insight into the programme implementation, effect mechanisms and changes. They demonstrate the relevance of self-determined and active participation and of positive self-experience, including bodily experience and feelings of safety, control, success and joy, as well as positive group experience and development of interpersonal relationships.

Key words: movement therapy – training concept – post-traumatic rehabilitation

1 Einleitung

Im Kontext der steigenden Bedeutung von Bewegung und Sport für die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und der zunehmenden Etablierung von Bewegung und Sport in Therapie und Rehabilitation (Biddle & Mutrie, 2008; Hölter, 2011; Schüle & Huber, 2012) wurde in Österreich mit der Fassung des Medizinischen Assistenzberufe-Gesetzes (MABG) im Jahr 2012 die Trainingstherapie als Berufsfeld für Sportwissenschaftler(innen) zugänglich gemacht. Dabei sollen die Sportwissenschaftler(innen) in der Inneren Medizin, der Orthopädie und der Neurologie sowie in dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik arbeiten.

Im MABG (§27) wird die Arbeit folgendermaßen definiert: „Die Trainingstherapie durch Sportwissenschaftler/innen umfasst die strukturelle Verbesserung der Bewegungsabläufe und der Organsysteme mit dem Ziel, die Koordination, Kraft, Ausdauer und das Gleichgewicht durch systematisches Training, aufbauend auf der Stabilisierung der Primärerkrankung und zur ergänzenden Behandlung von Sekundärerkrankungen, zu stärken. Übergeordnetes Ziel ist die Vermeidung des Wiedereintritts von Krankheiten sowie des Entstehens von Folgekrankheiten, Maladaptationen und Chronifizierungen.“ Hier steht vorwiegend die physiologisch-strukturelle Dimension der Trainingstherapie im Zentrum, die sich auf ein körperliches *Trainieren* und *Üben*

konzentriert. Die psychosoziale Dimension von körperlichem Training und eine Verhaltens- und Handlungsorientierung werden im MABG nicht thematisiert. Körperliche Aktivität geht jedoch zugleich mit körperlicher, emotionaler und sozialer Bewegung einher. Körperliches Training hat nicht nur physiologische Auswirkungen, sondern inkludiert gleichzeitig psychische und soziale Prozesse (Biddle & Mutrie, 2008; Hölter, 2011). Dieser Tatbestand ist insbesondere bedeutsam, da bei den meisten Erkrankungen psychosoziale Bedingungen und Folgen eine sehr große Rolle spielen (z. B. Angst und Depression bei koronaren Herzerkrankungen), die ganzheitliche Behandlungsansätze verlangen.

Die Dimensionen des *Erlebens* und *Erfahrens* sowie des *Lernens*, welche in der Bewegungstherapie zunehmend im Rahmen einer ICF-Orientierung (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und des Aufbaus nachhaltiger Gesundheitskompetenzen gefordert werden (Pfeifer, Sudeck & Geidl, 2013; Schüle & Huber, 2012; Sudeck & Pfeifer, 2013), werden im MABG nicht explizit genannt. Diese Dimensionen spielen aber eine wichtige Rolle für die Vermeidung des Wiedereintritts oder die Chronifizierung von Krankheiten, da meistens nur durch langfristige Trainings- und Übungsprozesse strukturelle Verbesserungen aufrechterhalten werden können. Dementsprechend müssen neben Bewegungskompetenzen insbesondere Steuerungskompetenzen (aufbauend auf Handlungs- und Effektwissen) und (motivationale-volitionale) Selbstregulationskompetenzen aufgebaut werden, die idealerweise mit Verhaltensänderungen hin zu einem aktiven Lebensstil einhergehen. Dies gilt für die meisten Krankheitsbilder der Inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychosomatik und Psychiatrie.

Für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen spielen jedoch erlebens-, handlungs- und verhaltensorientierte Ansätze eine besondere Rolle, da Bedingungen und Folgen der Erkrankung vorwiegend im psychosozialen Bereich liegen (ohne dabei genetische oder physiologische Bedingungen zu ignorieren). Eine rein physiologisch ausgerichtete Trainingstherapie würde einer ganzheitlichen Betrachtung des betroffenen Menschen nicht gerecht werden. Es stellen sich folgende Fragen: Wie soll eine Trainingstherapie in diesem Bereich gestaltet werden? Und welchen Beitrag können Sportwissenschaftler(innen) leisten, die in ihrer Ausbildung neben trainingswissenschaftlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch edukative und psychosoziale Kompetenzen erwerben?

In vorliegendem Beitrag wird das Forschungsprojekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ vorgestellt. Mit ausgewählten Ergebnissen, insbesondere bezüglich der Wirkmechanismen und der Gestaltung der Intervention, sollen Anregungen bezüglich der oben genannten Fragen gegeben werden.

Wegen der unterschiedlichen Verständnisse und Begrifflichkeiten im internationalen Vergleich und zur Abgrenzung von einer rein physiologisch-funktionell ausgerichteten Trainingstherapie wird hier der Begriff der „Bewegungs- und Trainingstherapie“ benutzt. Dabei wird ein ganzheitlicher und salutogenetischer Ansatz vertreten, welcher medizinische, trainings- und bewegungswissenschaftliche sowie edukative, psychologische und soziotherapeutische Grundlagen und Verfahren integriert. Kör-

per- und bewegungszentrierte Prozesse sowie das Selbst- und Gruppenerleben und die Handlungs- und Verhaltensorientierung sind dabei wichtige Elemente.

Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ wird von dem Arbeitsbereich Sportpsychologie des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Wien in Kooperation mit dem Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende Hemayat durchgeführt. In dem Projekt waren neben dem Projektleiter des Arbeitsbereichs Sportpsychologie bis jetzt zehn Studierende der Sportwissenschaft und vier Studierende der Psychologie der Universität Wien sowie zwei Therapeut(inn)en (Traumaexpert(inn)en) und zwei Dolmetscherinnen tätig. Nach einer Bedarfsanalyse via Expert(inn)eninterviews wurden zwei dreimonatige Interventionsphasen (2013 und 2014) durchgeführt.

Der gemeinnützige Verein Hemayat wurde 1995 in Wien gegründet. Das Wort *Hemayat* bedeutet im persischen und arabischen Sprachraum „Betreuung“ und „Schutz“, jene grundlegenden Aspekte, die im Betreuungszentrum vorwiegend angeboten werden. Hemayat fungiert als Zentrum für medizinische, psychologische, psychotherapeutische und kunsttherapeutische Betreuung. Im Jahr 2013 betreute Hemayat 704 Menschen (Heiss, Heinrich & Ramirez-Castillo, 2014). Trotz der Fülle von Hilfeleistungen, welche Hemayat seit Jahren anbietet, gibt es noch eine Vielzahl von Menschen, die Bedarf an Unterstützung hätten und derzeit auf einer Warteliste stehen.

In diesem Zusammenhang verfolgt das Projekt „Movi Kune“ das Ziel, ergänzend bewegungs- und trainingstherapeutische Interventionen mit traumatisierten Kriegs- und Folterüberlebenden zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Diese finden als ergänzendes und freiwilliges Angebot statt.

2 Forschungsstand

Bevor näher auf das Forschungsprojekt eingegangen wird, soll zunächst ein kurzer Einblick in das heterogene Erscheinungsbild von Kriegs- und Folterüberlebenden gegeben (Kapitel 2.1) und anschließend diskutiert werden, welche Rolle Bewegung und Sport hier spielen kann (Kapitel 2.2).

2.1 Erscheinungsbild

Folter- und Kriegsüberlebende haben schwere psychische und physische Gewalt überlebt. Viele wurden verfolgt, vergewaltigt, bedroht oder gedemütigt. Es blieb ihnen oft nichts anderes übrig, als ihr Hab und Gut – oftmals auch Familienmitglieder – zurückzulassen und in ein fremdes Land zu fliehen, um der akuten Bedrohung zu entkommen. Auf der Flucht erleben sie häufig erneut physische Gewalt und seelische Erschütterungen, jedoch ist ihnen auch eine Rückkehr in ihr Heimatland nicht möglich, da die Gefahr erneuter Folter und Gewalt besteht. Im Exilland sind für Asylsuchende die Lebensbedingungen sehr unsicher, da sie eine andere Umgebung, Lebensweise, Kultur und Sprache vorfinden, oft keiner Arbeit nachgehen dürfen, auf Barrieren im Gesundheitssystem stoßen und ihnen kaum Zugang zu Bildungsmaßnahmen gewährt wird. Des Weiteren leben sie andauernd in der Angst,

abgeschoben zu werden. Ihr Leben ist geprägt von Gefühlen anhaltender Abhängigkeit, Auswirkungen von Beschäftigungslosigkeit, dem Verlust der sozialen Position, sozialer Netzwerke und Ressourcen sowie Fremdheitsgefühlen, Anpassungsschwierigkeiten, Diskriminierungen und sozialer Isolation (Drozdek & Wilson, 2004; Gregorich, 2011; Gurriss & Wenk-Ansohn, 2009; Koop, 2009; Ollech, 2002).

Dementsprechend finden wir bei Folter- und Kriegsüberlebenden eine besonders hohe Prävalenz von psychischen Störungen. Die Betroffenen leiden häufig unter schweren dissoziativen Störungen, Depressionen, Angststörungen, Panikattacken, psychosomatischen Erkrankungen, starken körperlichen Schmerzen, desomatoformen Schmerzstörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, Alpträumen und Konzentrationsschwierigkeiten (Abdallah-Steinkopff, 2001; Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Drozdek & Wilson, 2004; Gurriss & Wenk-Ansohn, 2009; Joachim, 2006; Moser & Frey, 2008). Diese psychischen Beschwerden treten oft gleichzeitig auf (Komorbidität). Häufig wird bei Folter- und Kriegsüberlebenden eine (*komplexe*) *Posttraumatische Belastungsstörung* (PTSD) oder ein *Extremes Psycho-trauma* diagnostiziert.

Die extremen Lebenserfahrungen beeinträchtigen ihr Kohärenzgefühl (SOC) (Antonovsky, 1987), welches häufig sehr stark vermindert ist: Das grundlegende Weltvertrauen ist durch die Folter- und Kriegserfahrungen stark erschüttert. Kriegs- und Folterüberlebende nehmen häufig gegenwärtige und zukünftige Ereignisse als unvorhersehbar und unberechenbar wahr. Sie erleben kaum Situationen, in denen sie Einfluss auf das Geschehen nehmen können, leben in Abhängigkeit von anderen Menschen, Institutionen und Systemen und sehen keinen Sinn in ihrer Lebenssituation (Antonovsky, 1987; Ben-Shahar, 2012; Butollo u. a., 2002; Frankl & Lorenz, 1989; Gurriss & Wenk-Ansohn, 2009; Joachim, 2006; Moser & Frey, 2008).

Körperlich sind sie meist auf mehrere Weisen beeinträchtigt worden: Zum einen war ihr Körper Ziel direkter Gewalt und zum anderen ist ihr Körper Speicherort von erlebten Traumata. Häufig beobachtet man körperliche Taubheit, Körperwahrnehmungsstörungen und Entfremdungsgefühle gegenüber dem eigenen Körper. Traumaerfahrungen führen zu permanenten Veränderungen auf der neurobiologischen Ebene. Folgen sind häufig Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Lern- und Anpassungsleistung, der Reizdiskriminierung, der Konzentrations- und Gedächtnisleistung sowie die Intrusion von Erinnerungen, das Wiedererleben der traumatischen Ereignisse, Hyperarousals, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Hypervigilanz und Schreckreaktionen, emotionale Taubheit, Vermeidungsverhalten, Amnesie und Anhedonie (Brauchle, 2011; Van Der Kolk, 1994, 2002). Chronische Muskelkontraktionen, Rücken- und Nackenverhärtungen, chronische Schmerzen und unnatürliche Körperhaltungen sind häufig beobachtbare Körpersymptome. Die Entwicklung eines gesunden Embodiments und Körperbewusstseins, die Möglichkeit des Erlebens von Sicherheit und Freude im eigenen Körper und die Fähigkeit, eine körperliche Zentrierung (*centering*) und Erdung (*grounding*) wahrzunehmen, sind häufig gestört.

2.2 Bewegung und Sport mit Kriegs- und Folterüberlebenden

Sport und Bewegung haben sich bei der Behandlung vieler der oben genannten Störungen als wirksam erwiesen (cf. Biddle & Mutrie, 2008; DeBoer, Powers, Ut-schig, Otto & Smits, 2012; Durstine, Moore, Painter, Roberts & American College of Sports Medicine, 2009; Faulkner & Taylor, 2005; Halle, Schmidt-Trucksäss, Hambrecht & Berg, 2008; Hölter, 2011; Knobloch, 2001; Sallis, 2009; Zschucke, Gaudlitz & Strohle, 2013), allerdings wurden die Studien mit anderen Zielgruppen durchgeführt. Bewegung und Sport werden nur vereinzelt in der Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden eingesetzt. Es zeigt sich dabei eine recht heterogene Bandbreite von körper- und bewegungsorientierten Ansätzen.

Die Literatur zu trainings-, bewegungs- und körperbezogener Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen, Folter- und Kriegsüberlebenden stammt aus einer breiten Palette von therapeutischen Orientierungen, teilweise unklar differenziert und abgegrenzt. Dementsprechend überrascht es nicht, dass die existierenden Studien aus einem heterogenen Feld von Disziplinen stammen und sehr unterschiedliche Interventionen auswerten, z. B. körperliches Training (Diaz & Motta, 2007; Goldshtroum, Korman, Goldshtroum & Bendavid, 2011; Kunz, 2006; Manger & Motta, 2005; Motta, McWilliams, Schwartz & Cavera, 2012; Newman & Motta, 2007; Rosenbaum u. a., 2011), Sport (ICSSPE, 2008; Kunz, 2006) und Sporttherapie (Ley, 2009; Ley & Rato Barrio, 2011b) sowie Yoga (Emerson & Hopper, 2011; Emerson, Sharma, Chaudhry & Turner, 2009), Qigong und Taiji (Grodin, Piwowarczyk, Fulker, Bazazi & Saper, 2008), Massagetherapie (Field u. a., 1997), Psychomotorische Therapie (Crandell, Morrison & Willis, 2002), Spieltherapie (Webb, 2007), kreative und Kunsttherapie (Appleton, 2001; Carey, 2006; Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier & Knudson, 2001; Gray, 2011; Harris, 2009; Lyshak-Stelzer, Singer, Patricia & Chemtob, 2007; Meekums, 2000), Tanz- und Bewegungstherapie (Devereaux, 2008; Gray, 2001, 2008; Harris, 2007a, 2007b; Koch & Weidinger-von der Recke, 2009; Singer, 2008) und körperorientierte Psychotherapie (Forester, 2007; Price, 2002, 2006, 2007), Bewegungs-Psychotherapie (Callaghan, 1993, 1998), integrative Bewegungstherapie (Endel, 1996; Koop, 2000, 2002; Petzold, 1999), konzentrierte Bewegungstherapie (Karcher, 2000, 2004; Schmitz & Sachsse, 2004), Körperbewusstseinstherapie (Mattsson, Wikman, Dahlgren, Mattsson & Armelius, 1997, 1998), sensomotorische Psychotherapie (Langmuir, Kirsh & Classen, 2012) sowie somatisches Erleben (Levine, 1997, 2010).

Die Vergleichbarkeit der Studien ist nicht zuletzt wegen der Heterogenität der eingesetzten körper- und bewegungsorientierten Verfahren und der verwendeten Forschungsinstrumente schwierig. Zudem stammen die Teilnehmer(innen) aus verschiedenen Herkunftsländern mit diversen kulturellen Hintergründen und persönlichen Lebensläufen und einem heterogenen, schwer abgrenzbaren und komplexen Erscheinungsbild, geprägt durch eine Vielzahl von Komorbiditäten.

Trotzdem zeigen bisherige Erfahrungen und Studien, dass therapeutische Bewegungs- und Sportprogramme bei *traumatisierten* Flüchtlingen, Folter- und Kriegsüberlebenden insbesondere (a) Ressourcen fördern, (b) stabilisierend einwirken, (c) im Umgang mit den Erlebnissen und Emotionen unterstützend wirken und (d) körperli-

che und psychosoziale Symptome und Risikofaktoren lindern können (Forester, 2007; Hofer & Hochedlinger, 2014; Koch & Weidinger-von der Recke, 2009; Koop, 2002, 2009; Lawrence, De Silva & Henley, 2010; Ley & Rato Barrio, 2010, 2011a, 2011b, 2012; Moore & Stammermann, 2009; Petzold, 1999; Schmitz, 2006; Strobl, 2014). Des Weiteren stellt der geschützte Bewegungsraum eine Möglichkeit dar, eigenes und fremdes Erleben und Verhalten zu erfahren, neue Handlungen zu erproben und bedeutsame Erfahrungen zu machen, die positiv auf das Kohärenzgefühl einwirken (Ley & Rato Barrio, 2013).

Darüber hinaus sollen auch kognitive Verhaltensstrategien vermittelt, der Umgang mit Stressoren und Emotionen soll geschult und Kompetenzen für eine eigenständige Durchführung und Aufrechterhaltung gesundheitsorientierter körperlicher Aktivität sollen gefördert werden. Überdies bietet Bewegung und Sport die Möglichkeit der sozialen Integration, des Aufbaus von Beziehungen und der Einbindung in soziale Netzwerke. Eine Verzahnung eines therapeutischen mit einem integrativen Ansatz, um langfristige Effekte und Kompetenzen zur eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten zu erzielen, findet sich jedoch weder in praktischen Interventionen noch in der Forschungsliteratur.

Doch die niedrige Evidenzlage der Effekte von Bewegungs- und Trainingstherapie bei Folter- und Kriegsüberlebenden bzw. bei Menschen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen lässt sich auch auf die allgemeine Forschungsproblematik im Bereich der psychischen und psychosozialen Erkrankungen zurückführen. Denn trotz vielfältiger und vielschichtiger Evaluierungen von Effekten von Bewegung und Sport im Bereich von psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Störungen ist die Evidenzlage noch relativ niedrig (Biddle & Mutrie, 2008; Faulkner & Taylor, 2005; Hölter, 2011; Knobloch, 2001). Dies hängt zum einen von den eher schwierig quantitativ erfassbaren und isolierbaren psychosozialen Wirkfaktoren ab, zum anderen müssen die meisten Messverfahren auf subjektive Bewertungen zurückgreifen (vorwiegend Selbstbeurteilung durch psychologische Fragebögen), da die psychischen Effekte meist nicht *objektiv* messbar sind. Des Weiteren finden sich in Studien in diesem Bereich häufig nur eingeschränkte Teilnehmer(innen)zahlen. Es ist schwierig, randomisierte und kontrollierte Studien umzusetzen, und die Aussteiger-Rate (*drop-out*) sind hoch (Biddle & Mutrie, 2008). Quantitative Studien in diesem Bereich zeichnen sich häufig durch unzureichende Qualität aus, meist wegen der oben genannten Forschungsproblematik. Letztendlich bleibt nach einer quantitativen Überprüfung von Veränderungen in einem Pre-Post-Forschungsdesign immer die Frage, was für diese Veränderungen verantwortlich war, d. h. welche Bedingungen bzw. psychosozialen Prozesse diese bewirkt haben. Diesbezüglich ist wissenschaftlich noch wenig gesichert. Die qualitativen Methoden ermöglichen es, Prozesse besser zu verstehen und insbesondere die Wirkfaktoren zu identifizieren. Dies ist unverzichtbar, wenn wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für Bewegungs- und Trainingstherapieprogramme in diesem Bereich erarbeitet werden sollen.

3 Methode

3.1 Zielsetzungen der Forschung

Das Forschungsprojekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ hat das Ziel, bewegungs- und trainingstherapeutische Interventionen wissenschaftlich fundiert zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Es sollen Bedürfnisse und strukturelle Bedingungen erhoben sowie bewegungstherapeutische Gestaltungsmerkmale, bedeutsame Wirkfaktoren und mögliche Effekte überprüft werden.

3.2 Zielsetzungen und Inhalte der Intervention

Das Interventionsprogramm ist auf Stabilisierung und Ressourcenförderung entsprechend der ersten Phase der Traumatherapie ausgelegt. Die direkte Konfrontation mit den Traumata ist nicht Ziel dieser Intervention. Es geht vorwiegend um die Schaffung von personaler Sicherheit und Stabilität. Zugleich sollen salutogene Anteile gefördert und Ressourcen gestärkt werden. Durch einen salutogenetischen Blickwinkel wird eine Stigmatisierung als „krank“ vermieden und die Kapazitäten und Ressourcen der Person werden in den Mittelpunkt gestellt. „Immer wieder zeigt sich, dass die befragten Asylwerber(innen) versuchen, positive Erlebnisse zu *sammeln*. Positive Situationen zu kreieren stellt eine wichtige Ressource dar. Sport steht vor allem bei den jugendlichen Flüchtlingen an oberster Stelle der Bewältigungsstrategien, weil sie durch Sport *einen freien Kopf bekommen, die schlechten Gedanken vergessen* etc.“ (Blankenhost & Rothe, 2012, S. 13). Durch den Fokus auf die Ressourcen wird den Teilnehmer(inne)n die Möglichkeit gegeben, sich aus der Hilflosigkeit der Opferrolle zu lösen (Joachim, 2006). Die Menschen sollen in einer ganzheitlichen Perspektive in den Blick kommen und eine Ressourcenförderung auf physiologischer, psychologischer und sozialer Ebene soll erzielt werden.

Im Zentrum stehen Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung folgender Aspekte:

- Verbesserung der Ausdauer und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ökonomisierung des Herz-Kreislauf-Systems, Verbesserung der Atemfunktion und des Stoffwechsels)
- Steigerung der Kraft, insbesondere der Kraftausdauer
- Verbesserung von Beweglichkeit und Flexibilität sowie Lösung von Verspannungen und Blockaden
- Verbesserung der Koordination (Orientierungs-, Kopplungs-, Rhythmisierungs-, Gleichgewichts-, Differenzierungs-, Umstellungs- und Reaktionsfähigkeiten)
- Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit, insbesondere, der Selbstwahrnehmung, der Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und Einstellungen (Selbstwirksamkeitserwartungen) und der Körperwahrnehmung/Körperbild
- Stärkung der psycho-physischen Regulierungsfähigkeit (Aktivierung/Antrieb/Motivation und Entspannung)

- Stärkung der emotional-affektiven Regulierungsfähigkeit (motivationale und volitionale Selbstregulation, Kontrollüberzeugung, Ausdrucksfähigkeit, Umgang mit Angst, Hilflosigkeit, Schamgefühlen etc.)
- Verbesserung der kognitiven Ressourcen (Handlungs- und Effektwissen, Selbststeuerung, Reflexionsfähigkeit, Konzentration)
- Steigerung der Handlungskompetenz (Strategien und Alternativen entwickeln, Stressmanagement etc.) und bewegungsbezogener Gesundheitskompetenzen
- Verbesserung des Kohärenzsinn (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit)
- Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeit (Kooperation/Interaktion, soziale Kompetenzen, Vertrauen in andere, Kommunikationsfähigkeit, Übernahme von sozialen Rollen, Verantwortung übernehmen etc.)

Die Inhalte der Intervention zielen somit auf ein körperbezogenes *Üben* und *Trainieren*, auf ein motorisches und kognitives *Lernen* und insbesondere auf ein bedeutsames (Gruppen- und Selbst-) *Erleben* ab.

In dem Interventionsprogramm werden körper- und bewegungszentrierte Verfahren (kleine Spiele, z. B. Fang-, Lauf- und Ballspiele, Sportspiele und Sport in modifizierter Form, z. B. 10er-Ball, Basketball und Tchoukball, Lauftraining, vielfältige Bewegungsaufgaben, Gymnastik, Tanz und Bewegungsimprovisationen, erlebnispädagogische Angebote, Elemente der Rückenschule, funktionelle Gymnastik, Wahrnehmungsschulung, Entspannungsverfahren, Taijiquan/Qigong, Atemübungen etc.) verknüpft mit soziotherapeutischen Methoden, insbesondere der Verbalisierung von Erlebnissen, Reflexionsphasen und Gruppendiskussionen, und mit kunsttherapeutischen Inhalten (projektive Verfahren, Ausdrucksübungen etc.) angeboten. Die Teilnehmer(innen) werden in die inhaltliche Gestaltung und Durchführung des Interventionsprogramms mit eingebunden (z. B. durch Präsentation von Übungen, Vorschlägen von Inhalten, Teilnahme an der Entscheidung über Inhalte, Aufbau und Abbau des Spielfeldes).

Für die zielorientierte und indikationsadäquate Durchführung der Inhalte wurden Interventionsstrategien und -prinzipien formuliert:

- Es soll eine *„bewegte“ Teilnahme* ermöglicht werden. Die Teilnehmer(innen) können ihren eigenen Körper und sich selbst in Bewegung und Interaktion mit den anderen erleben. Spezifische Spiel- und Bewegungsaufgaben erfordern spezifische Handlungen von Seiten der Teilnehmer(innen), wie z. B. Entscheidungen, Strategiebildung und Kreativität. Diese *erlebnis- und handlungsorientierte Herangehensweise* soll so alltagsrelevant und bedeutsam wie möglich gestaltet werden. Dazu ist es notwendig, dass die Trainer(innen) die Inhalte gezielt einsetzen, um ein positives Erleben und Handeln zu ermöglichen.
- Es soll eine *aktive Teilnahme* am Angebot ermöglicht werden. Dafür sollen die Teilnehmer(innen) kontinuierlich angeregt werden, die Bewegungseinheiten aktiv *mitzugestalten* und Verantwortung zu übernehmen (z. B. in der Rolle des Spielleiters, des Schiedsrichters oder in der Verwahrung der Materialien). Durch die aktive Teilnahme soll es zu *Empowerment*, zur Nutzung und Stärkung der existieren-

den Fähigkeiten der Teilnehmer(innen) und zur *aktiven Bewältigung* von Symptomen, Stressoren und Risiken kommen. Es ist insbesondere in der Arbeit mit Kriegs- und Folterüberlebenden wichtig, dass die Würde und Integrität der Person wiederhergestellt bzw. gefördert wird. Selbstbestimmung und gemeinschaftliches Miteinander bestimmen die Intervention.

- Alle Teilnehmer(innen) sollen selbst entscheiden, in welcher Form sie mitmachen wollen. Die Beteiligung an den Aktivitäten und Reflexionsphasen ist immer freiwillig. Es soll zu jeder Zeit die *Option zum Rückzug und der partiellen oder kompletten Nicht-Teilnahme* geben. Niemand darf gegen seinen Willen zur Teilnahme oder deren Aufrechterhaltung gezwungen werden. Die Teilnehmer(innen) können sich jederzeit aus dem Angebot zurückziehen, sollten sie dies wünschen. Der Grad der Teilnahme und der (Selbst-)Öffnung ist den Teilnehmer(inne)n überlassen.

- *Rolle und Grundhaltung der Trainer(innen):*

Der aktiven Mitgestaltung entsprechend geht es in dem Programm eher um ein Anbieten und Vorschlagen von Aktivitäten von Seiten der Leiter(innen). Das bedeutet nicht, dass die Rolle der Trainer(innen) bedeutungslos wird, sondern vielmehr, dass sie einen demokratischen und *partizipativen Leitungsstil* übernehmen. Die Trainer(innen) haben weiterhin die Verantwortung für eine angemessene Durchführung und einen methodisch sinnvollen Aufbau und zielorientierten Verlauf.

Die therapeutische Grundhaltung der Trainer(innen) zeichnet sich durch eine *positive Wertschätzung* (Empathie), durch *Akzeptanz* und *Kongruenz* aus.

Transparenz über die Interventionsziele, -inhalte und Entscheidungsspielräume soll vermittelt werden. Genaue Information und Aufklärung über das Programm ist schon im Vorfeld dringend nötig, um den Teilnehmer(inne)n ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Ein informiertes Einverständnis wird mit allen Teilnehmer(inne)n zu Beginn der Teilnahme diskutiert. Dies beinhaltet die vollständige Offenlegung aller Risiken und die Verwendung einer angepassten und verständlichen Kommunikation. Dazu werden mit der interkulturellen Traumaaarbeit vertraute professionelle Übersetzer eingesetzt.

Alle Trainer(innen) sollen über tiefgreifendes *fachliches Wissen und Kompetenzen* verfügen, in den *Grenzen ihrer Kompetenzen arbeiten* und *kritisch über die Methoden und Grenzen ihres Arbeitens reflektieren*. Dazu gehören auch die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und kritischen Reflexion über die eigenen soziokulturellen und geschlechtsspezifischen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster sowie eine entsprechend reflektierte Gestaltung der Interaktions- und Beziehungsebene zu den Beteiligten. Die anleitenden Personen müssen neben sportwissenschaftlichem, trainingsbezogenem und didaktischem Wissen und ebensolchen Fertigkeiten auch über spezifisches Wissen über Trauma und traumabezogene Symptome und Verhaltensweisen sowie ausreichende Kompetenzen und Sensibilität (auch kulturbezogen) im Umgang mit traumatisierten Personen verfügen. Gleichzeitig steht den Trainer(inne)n eine kontinuierliche *Supervision* zur Verfügung.

- Die Teilnehmer(innen) des Sport- und Bewegungsprogramms sollten nach *Geschlechtern getrennt* werden. Die anleitenden Personen sollten demselben Geschlecht angehören wie die Kriegs- und Folterüberlebenden der jeweiligen Gruppe (Männer leiten Männer an, Frauen leiten Frauen an).
- *Sicherer Raum*: Der Interventionsraum sollte sicher in Bezug auf physische und psychosoziale Gefahren sein. Abgeschlossene Räume ohne *Ausweg* sollten vermieden werden. Es sollte immer eine Auswegoption und die Möglichkeit für Rückzug geben.
- *Über- und Unterforderung*, welche zu Frustrationen, Demotivation oder Verletzungen führen können, sollten vermieden werden. Dementsprechend ist die physische und psychische Belastbarkeit immer in der Gestaltung und Dosierung der Aktivitäten zu berücksichtigen. *Verletzungen sollte vorgebeugt* und Gefahren sollten minimiert werden.
- *Trauma-Trigger*: Trotz professionell angeleiteter Übungseinheiten kann es auch zu unerwarteten und unvorhersehbaren Triggern von traumatischen Erlebnissen kommen. Die Anwesenheit von Traumatherapeut(inn)en soll das Auffangen von möglichen Krisen gewährleisten. Die Übungen müssen entsprechend potenzieller Trauma-Trigger angepasst und modifiziert werden, zum Beispiel: Entspannungsverfahren mit offenen Augen durchführen, Ausgangswege aus den spezifischen Bewegungsräumen offen halten, Körperkontakt und Distanz zwischen Körpern vorsichtig gestalten, jederzeit die Möglichkeit geben sich zurückzuziehen oder für eine oder mehrere Übungen zu pausieren. Individuelle Gespräche mit den Teilnehmer(inne)n helfen, neben einer genauen Beobachtung, die möglichen Trigger zu vermeiden. Es sollte ständig darauf geachtet werden, dass keine/r der Teilnehmer(innen) *psychischem Stress* oder einer Gefährdung der eigenen Person ausgesetzt ist. Ein frühzeitiges Erkennen und Auffangen von Krisen sowie die Prävention und Transformation von Stressoren und Konflikten haben Priorität. Eine angemessene Kommunikation, Gruppenleitung und professionelle Planung und Durchführung der Aktivitäten minimieren die Wahrscheinlichkeit, dass solche auftreten. Entsprechende Notfall-Pläne und zusätzliche kostenlose und professionelle Betreuung sollten eingesetzt werden, wenn es zu individuellen oder gruppenspezifischen Krisen kommt.
- Da die Intervention in einem *Gruppen-Setting* durchgeführt wird, werden alle Teilnehmer(innen) aufgefordert, sich an gemeinsam diskutierte und vereinbarte Prinzipien und Regeln zu halten und *Mitverantwortung* zu zeigen. Dies beinhaltet unter anderem die Verschwiegenheit gegenüber dritten Personen und den Schutz der Gruppe oder einzelner Personen vor Stigmatisierung.
- Verknüpfung von *non-verbalen und verbalen Inhalten*: Verbale Reflexionsphasen werden nach non-verbalen Aktivitäten genutzt, um Erlebnisse und Erfahrungen zu besprechen, bestimmte individuelle oder gruppenspezifische Vorgänge bewusst zu machen und Transfer zu anderen Lebensbereichen herzustellen. Dabei ist es wünschenswert, dass die Reflexion von den Teilnehmer(inne)n ausgeht. Wird nichts geäußert, so können die Trainer(innen) zu dem Erleben und Empfinden in

bestimmten Situationen und Rollen Fragen stellen. Letztendlich können die TrainerInnen auch eigenes Erleben und Erfahrungen sowie Beobachtungen schildern.

- Es soll vorwiegend im *Hier und Jetzt* gearbeitet werden. Im Vordergrund stehen nicht die Erfahrungen aus der Vergangenheit, sondern vielmehr die Wahrnehmungen des aktuellen Geschehens und Erlebens.
- Progressiver Aufbau von Intensität, Geschwindigkeit und Schwierigkeitsgrad.
- Inklusive Durchführung: Ermöglichung der Teilnahme von allen entsprechend der individuellen Kapazitäten durch Modifizierung der Regeln oder Aufgaben.
- Förderung von positiven und bedeutsamen Erlebnissen. Veränderungen und Fortschritte sichtbar und bewusst machen.
- Gegenseitige Unterstützungsprozesse fördern, wenn diese positiv für alle Beteiligten sind.
- *Festen Rahmen und stabile Struktur* schaffen: Gerade in der Anfangsphase sollte es geschlossene Gruppen geben (nur Flüchtlinge), ein Übergang zu offeneren Strukturen (z. B. Integration in Sportvereine) in weiterer Zukunft wird aber positiv beurteilt. Spezifische immer wiederkehrende Rituale können hilfreich sein. Es sollte auf einen möglichst gleichen strukturellen Ablauf der Einheiten geachtet werden. Am Anfang der Einheit soll ein Vorblick auf diese gegeben werden und es soll erklärt werden, was auf die Teilnehmer(innen) zukommt. Sie werden damit auf die Einheit eingestimmt. Auch sollten zu Beginn die Befindlichkeit, mit der sie eintreffen, und spezifische Erlebnisse (Sorgen etc.), die sie mitbringen, besprochen werden, um diese, soweit es geht, nicht mit in die Einheit zu nehmen bzw. um eventuelle Erlebnisse und Ereignisse im Rahmen der Einheit besser verstehen zu können. Die Erkundung der Befindlichkeit kann auch durch eine Bewertung mit gewissen Zeichen (zum Beispiel mit dem Daumen) oder auf andere kreative Weise passieren (*Smileys*, Zeichnen etc.). Am Ende der Einheit soll dann ein Rückblick auf das Erleben und Geschehen erfolgen und ein Feedback gegeben werden. Auch kann über wahrgenommene Veränderungen reflektiert werden. Anschließend soll ein Vorblick auf die nächste Einheit gegeben und eventuell sollen Ziele und Inhalte besprochen werden.
- *Interkulturelle Begegnung*: Sozio-kulturelle Einflüsse sollten in Planung und Durchführung berücksichtigt werden, z. B. Körperkontakt, zwischenmenschliche Distanz, sensible Körperzonen, religiöse Zeichen. Wissen über die jeweils „Anderen“ ist wichtig und gegenseitiges und gemeinsames Lernen sollte angeregt werden. Umgang mit Fremdheitsgefühlen und friedliche Regulierung und Transformation von Konflikten sollten berücksichtigt werden. Über gegenseitige Anerkennung und Respekt hinaus sollten eine Identifizierung mit den „Anderen“ über Gemeinsamkeiten sowie die gegenseitige Wertschätzung und Bereicherung durch die soziokulturelle Vielfalt und die Unterschiede gefördert werden.

3.3 Projektbeschreibung

Das Projekt „Movi Kune“ findet seit 2013 in Zusammenarbeit der Abteilung Sportpsychologie des Instituts für Sportwissenschaft (Universität Wien) mit dem Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende Hemayat statt. Das Forschungsprojekt wurde von der Ethikkommission der Universität Wien mit einem positiven Bescheid begutachtet.

3.3.1 Teilnehmer(innen)

Die Teilnehmer(innen) der Interventionsstudie sind zum einen Folter- und Kriegsüberlebende, die von Hemayat betreut werden, und zum anderen bei Hemayat beschäftigte Betreuer(innen) und Therapeut(inn)en (Psychotherapeut(innen), Kunsttherapeut(innen), Sozialarbeiter(innen), Übersetzer(innen) etc.) sowie die in dem Bewegungs- und Sportprogramm mitwirkenden Personen, insbesondere die Trainer(innen) und Übungsleiter(innen). Einschlusskriterien sind: Klient(inn)en über 18 Jahre, die freiwillig an dem Bewegungs- und Sportangebot teilnehmen wollen und deren Teilnahme von der jeweiligen Betreuungsperson und dem jeweiligen Therapeuten/der jeweiligen Therapeutin empfohlen wird. Sportliche Vorerfahrungen und Fähigkeiten werden für die Teilnahme nicht vorausgesetzt. Ausschlusskriterien sind: eine akute psychotische Krise, das Vorhandensein einer medizinischen Kontraindikation zur Teilnahme an Sport und Bewegung (z. B. unkontrollierter Bluthochdruck, ansteckende akute Krankheit) und Schwangerschaft.

Die Teilnehmer(innen) haben schwere psychische und physische Gewalt überlebt, sind in einer unsicheren Lebenssituation und leiden an einer besonders hohen Prävalenz von psychischen und psychosomatischen Störungen, insbesondere posttraumatischen Symptomen. Sie kommen aus verschiedenen Ländern und Kulturen, vorwiegend aus Tschetschenien, Afghanistan, Pakistan, dem Iran, aber auch aus Armenien, Dagestan und Westafrika.

3.3.2 Datenproduktion

Die Datenproduktion beinhaltet sowohl die Beobachtungen und Reflexionen der Therapeut(inn)en von Hemayat und der Studierenden als auch der Teilnehmer(innen), um die Gestaltungsmerkmale, Wirkfaktoren und Effekte mehrperspektivisch zu diskutieren.

Nach einer Bedarfsanalyse in zehn Experteninterviews mit Therapeut(inn)en von Hemayat wurden zwei dreimonatige Interventionsphasen (2013 und 2014) durchgeführt und evaluiert. Alle interessierten Teilnehmer(innen) wurden zu einem Eingangsgespräch, das bei Hemayat mit Unterstützung von Dolmetscher(inne)n stattfand, eingeladen. An jeder Interventionsgruppe haben zwischen fünf und zehn Personen teilgenommen. Dabei führten insgesamt drei Therapeut(inn)en und zehn Studierende teilnehmende Beobachtungen in den parallel laufenden Männer- und Frauengruppen durch. Neben den Beobachtungsprotokollen fanden nach jeder Einheit Gruppendiskussionen statt. Zudem wurden Leitfadeninterviews mit 25 Teilnehmer(inne)n (in Form von Nachgesprächen) nach der jeweiligen Interventionspha-

se durchgeführt. In dem abschließenden Evaluationstreffen wurde die *Most-Significant-Change*-Technik mit den beteiligten Therapeut(inn)en und Studierenden durchgeführt.

3.3.3 Datenauswertung

Alle qualitativ produzierten Daten werden mit Hilfe des Softwareprogramms *Atlas.ti* (Version 7) deduktiv und induktiv kodiert und thematisch ausgewertet. Im Folgenden werden einige ausgewählte erste Ergebnisse präsentiert.

4 Diskussion ausgewählter Ergebnisse

Zunächst werden hier die Ergebnisse der Experteninterviews mit den Trauma-Therapeut(inn)en vorgestellt. Diese waren insbesondere zu Beginn des Projektes sehr wichtig, um besser verstehen zu können, wie Bewegung und Sport von anderen therapeutischen Berufsgruppen gesehen und wie bewegungstherapeutische Angebote entsprechend gestaltet und in den Betreuungs- und Therapieansatz integriert werden können.

Danach werden Ergebnisse der Analyse von zwei konkreten Fällen präsentiert, welche die Wirkfaktoren und Veränderungen durch das Bewegungsprogramm veranschaulichen sollen.

4.1 Bewegung und Sport mit Kriegs- und Folterüberlebenden aus Sicht von Trauma-Therapeut(inn)en

Die Auswertung der Experteninterviews mit den Trauma-Therapeut(inn)en basiert auf der Arbeit von Bardach (2014). Die Therapeut(inn)en raten einstimmig, dass das Programm zur Stabilisierung und Ressourcenstärkung beitragen soll. Eine Konfrontation (mit erlebten traumatischen Ereignissen) wird nicht als Zielsetzung empfohlen. Es kann zwar in einer Einheit zu Retraumatisierungen und Eskalationen kommen, dies sollte aber durch eine stärker auf Konfrontation ausgerichtete Herangehensweise auf keinen Fall zusätzlich angeregt werden. Dementsprechend kristallisierten sich in der Analyse der Experteninterviews die Themen „Sicherheit erleben“ und „Ressourcen fördern und aktivieren“ heraus.

4.1.1 Sicherheit erleben

Die Therapeut(inn)en stimmten untereinander überein, dass im Aufbau und in der Durchführung eines Sport- und Bewegungsprogramms größtmögliche Sicherheit gewahrt werden muss. Neben der Gestaltung sicherheitsförderlicher Rahmenbedingungen (Vermitteln von genauer Information von Anfang an, Unterstützung durch Dolmetscher(innen), angemessene Räumlichkeiten, klar vereinbarte Regeln, Nutzen vertrauter Strukturen, Anpassung an kulturelle und religiöse Normen, Geschlechtertrennung, kompetente Leiter(innen), Vermeidung von stressauslösenden Situationen und Trauma-Triggern, Auffangen einer möglichen Retraumatisierung, grundlegende Wertschätzung und Akzeptanz etc.) ging es in den Interviews insbesondere um das subjektive Erleben von Sicherheit.

In den Interviews wurde das Gefühl der Kontrolle und der Selbstbestimmung entgegen den Erfahrungen von Fremdbestimmung und Ausgeliefertsein sowie den Empfindungen von Hilf- und Machtlosigkeit betont. Sport und Bewegung können auf einem ganz basalen Level als Möglichkeit zur Kontrolle des eigenen Körpers und eigener Bewegungen, auch durch das Eröffnen von eigenem Handlungsfreiraum, ansetzen. Bewegungen steuern, Bewegungsaufgaben meistern zu können, kann, aufbauend auf dem Erleben von Kontrolle, Voraussetzungen zur Entwicklung eines Gefühls von Kompetenz schaffen, von Vertrauen in den eigenen Körper und darüber hinausgehend in die eigenen Handlungen. Die Förderung positiver Gefühle über das Vermitteln von Gelingenserlebnissen bei sportlichen Handlungen könnte in weiterer Folge über die positivere Wahrnehmung des eigenen Körpers eine positivere Wahrnehmung der gesamten Person nach sich ziehen. Eine Änderung des Selbstkonzepts durch eine Stärkung des Kompetenzerlebens könnte ferner im Sinne einer „Transferwirkung“ eine Änderung der Herangehensweisen, beispielsweise an alltägliche Herausforderungen, einleiten. In Anbetracht der vergangenen traumatischen Erfahrungen, die sich in Fällen von Folter oder Kriegsgewalt in einer direkten Verletzung des Körpers niederschlagen, wird die Bedeutung des Körpers und damit verbundener Empfindungen und Wahrnehmungen, die in den Interviews oftmals angesprochen werden, verständlich. Ein auf die Förderung eines positiven Körpererlebens abzielendes Sport- und Bewegungsprogramm vermittelt Sicherheit in Form von entwickelten eigenen Kontrollmöglichkeiten und Kompetenzüberzeugungen (siehe Bardach, 2014).

4.1.2 Ressourcen fördern und aktivieren

Eine weitere zentrale Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Interviews betrifft das Thema Ressourcenförderung und Ressourcenaktivierung. Von den Therapeut(inn)en wird die Bedeutsamkeit von Ressourcen in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen hervorgehoben.

Die Intiierung sozialer Prozesse in der Gruppe und der Aufbau von Beziehungen oder gar die Erweiterung des sozialen Netzwerks stellen potenzielle in den Interviews angeschnittene Ressourcen dar. Es sollte ein Bewegungsprogramm sein, „wo sie hingehen können, sie andere Leute treffen, wo sie etwas miteinander [machen können], was Spaß macht“ und wo sie die Möglichkeit haben aus der Isolation herauszufinden.

Die Auffassung von Sport und Bewegung als „ein konkretes Angebot, wo sie etwas tun können, wo sie Selbstbestimmung erleben können“ oder als Chance, „das Gefühl zu haben, jetzt habe ich ein bisschen was geleistet“, legt eine angenommene Beeinflussung von Einstellungen wie Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung durch erworbenes oder wieder wachgerufenes Kompetenzerleben und durch Kontrollerfahrungen nahe und stellt eine weitere *psychische Ressource* dar. Solcherart erworbene Überzeugungen und (Selbst-)Wahrnehmungen vermögen ihre Wirkung unter Umständen auch auf andere Lebensbereiche außerhalb der Sport- und Bewegungseinheiten zu übertragen und beispielsweise dazu motivieren, im Alltag (körperlich) aktiver zu werden oder einen Sprachkurs zu besuchen. Eine Therapeutin fasst diesen Gedankengang folgendermaßen in Worte:

„Und diese Erstarrtheit, wenn sie wieder herauskommen und sich bewegen und etwas tun, [das] heißt auch, dass sie sich trauen, vielleicht zu einem Deutschkurs zu gehen, oder dass sie ... vielleicht mit den Kindern etwas unternehmen. Und einfach [aus] diese[r] Erstarrtheit heraustreten. In Bewegung kommen wortwörtlich.“

Die körperlichen Effekte von Sport und Bewegung werden in einigen Interviews thematisiert, beispielsweise so: „Es ist klar medizinisch, dass Bewegung in jedem Fall gut ist.“ Sport und Bewegung vermag dazu beizutragen, „diesen Körper, den ich nur als Träger von Schmerz erlebe, wieder positiv wahrnehmen zu können“, also der Körper kann als eigene Ressource wahrgenommen werden.

Weitere Ressourcen liegen in vergangenen Bewegungserfahrungen als Zugang zu vielleicht vergessenen oder bewusst nicht wahrgenommenen früheren Lebensinhalten und Kräften. Eine Therapeutin führt diesbezüglich aus: „Dass sie da Ideen oder Spiele, Kinderspiele oder so, [ein]bringen können, dass da auch die Brücke wieder entsteht (...), es kommt wieder ein normales Leben zustande, das jetzt nicht vollkommen abgetrennt ist von dem früheren Leben.“ Sie sieht die Vergangenheit als einen Ort, an dem möglicherweise „Schätze“ verborgen sind, die auch in der aktuellen Lebenssituation zu unterstützenden Faktoren werden könnten.

Die Idee einer Integration in bestehende Vereinsstrukturen als langfristige Perspektive wird von vielen Therapeut(inn)en befürwortet. Teil einer sportlichen Mannschaft in einem Verein zu sein, ermögliche es „diese Gemeinschaft zu erleben und mich eben nicht als Folteropfer oder Kriegsopfer definieren zu müssen.“ „Der Integrationswunsch ist sehr stark präsent.“ Jedoch sei in der Anfangsphase eine geschlossene Gruppe wichtig, bei dem die Kriegs- und Folterüberlebenden in einem geschützten Raum sind. Der Kooperation mit Hemayat kommt eine vertrauensstiftende Funktion zu, da diese Institution den Personen schon bekannt ist. Ein Übergang zu offeneren Strukturen (z. B. Integration in Sportvereine) in weiterer Zukunft wird einstimmig als positiv bewertet.

4.1.3 Zielsetzungen des Programmes

Die Therapeut(inn)en könnten sich Auswirkungen von Sport und Bewegung auf mehrere Bereiche vorstellen, die von psychischen (z. B. Einfluss auf Depressionen) über psychosoziale (z. B. die Förderung und Initiierung sozialer Prozesse und Kontakte im Rahmen des Programmes) bis hin zu physischen (z. B. bessere körperliche Gesundheit) reichen und ein breites Spektrum möglicher Effekte beinhalten und die Vielschichtigkeit eines Einsatzes von Sport und Bewegung bestätigen.

- Hilfe bei Verspannungen, Förderung von Entspannung
- Einfluss auf selbstbezogene Einstellungen wie Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, Selbstkontrolle, Selbstbewusstsein: durch Sport und Bewegung eigene Stärken erleben, sich kompetent und fähig fühlen, Vertrauen in eigene Fähigkeiten entwickeln, Erfahrungen von Kontrolle machen (im Gegensatz zu Ohnmachtserfahrungen z. B. während der Folter)

- Lernen, den eigenen Körper (wieder bzw. überhaupt) zu „spüren“ (positives Körpergefühl, bessere Körperwahrnehmung); dies steht in Zusammenhang mit einer angenommenen Einwirkung auf psychosomatische Symptome.
- Ablenkung von vergangenen Erfahrungen und aktuellen Problemen (z. B. Asylverfahren)
- Soziale Prozesse fördern, Aufbau eines sozialen Netzwerkes, Austausch in der Gruppe
- Positive Wirkung von Bewegung bei Depressionen
- Positive Auswirkungen auf körperlicher Ebene (z. B. Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustands)
- Transferwirkung (Sport und Bewegung auch im Alltag einsetzen, z. B. spazieren gehen, Anstoß, auch Tätigkeiten in anderen Lebensbereichen in Angriff zu nehmen, z. B. einen Sprachkurs besuchen)
- Aggressionsbewältigung durch Sport („Auspowern“), Ventil für Energien und Emotionen

4.1.4 Räumliche und zeitliche Rahmenbedingungen

Die Sporthalle sollte freundlich und hell sein. Lärm und Störungen sind so weit wie möglich auszuschalten. Informationen über Ort und Räumlichkeiten sind, wie bereits erwähnt, schon im Vorfeld zu liefern. Sehr positiv stehen die Therapeut(inn)en der Möglichkeit gegenüber, Ausflüge ins Grüne zu unternehmen. Im Rahmen von Familienausflügen könnte hierbei auch die strikte Geschlechtertrennung aufgehoben werden. Sport und Bewegung ist nach Ansicht der Therapeut(inn)en somit sowohl draußen als auch drinnen möglich. In Anbetracht der unterschiedlichen Bedürfnisse der Personen wird eine Berücksichtigung der jeweiligen Wünsche in Bezug auf das Setting empfohlen. So wird beispielsweise von einer Therapeutin angenommen, dass Frauen sich in einer geschützten Atmosphäre, die geschlossene Räume eher bieten können, wohler fühlen.

Folgende Zeiten wurden mehrstimmig vorgeschlagen:

- für Frauen vormittags, da die Kinder dann in der Schule sind,
- für Männer nachmittags bis abends bzw. ganztags.

Generell ist von Zeiten am früheren Morgen (vor 9 Uhr) abzuraten, da viele Personen mit Schlafproblemen kämpfen und oft erst in den frühen Morgenstunden einschlafen. Besonders bei Frauen scheint das Problem der (Klein-)Kinderbetreuung einen Hinderungsgrund für eine Teilnahme darzustellen. Andere Termine der Flüchtlinge, beispielsweise Amtstermine oder unvorhersehbare bzw. unkontrollierbare Ereignisse, wie das Eintreffen eines Briefs vom Asylgericht oder eine akut verschlechterte psychische Verfassung, sind weitere mögliche Gründe für ein Fernbleiben.

Ein besonderes Hindernis für eine regelmäßige Teilnahme könnte die finanzielle Situation der Flüchtlinge darstellen. Gewisse Anschaffungen (Fahrtickets, Sportgewand) müssten übernommen werden.

In den Interviews war von verschiedenen Stress induzierenden Aspekten die Rede, die hier überblicksartig wiedergegeben werden und möglichst vermieden werden sollten: Bezüge zu Militär und Drill, Kellerräume, Lärm, störende unbefugte Personen („Hereinplatzen“ von fremden Leuten), ausgeprägter Konkurrenzgedanke bei Sport- und Bewegungsaktivitäten, Faktoren, die in direktem Bezug zu erlebten traumatischen Ereignissen (z. B. Foltermethoden) gesetzt werden können (z. B. Seile, Wasser, Wald), Gefühl, zu wenig Kontrolle über die Situation zu haben (z. B. Forderung, die Augen während einer Entspannungsübung zu schließen oder fehlende Gewissheit, die Einheit jederzeit abbrechen oder den Raum verlassen zu können), mangelnde Informationen (wo befinden sich Toiletten, wo ist eine „Fluchtmöglichkeit“ (Ausgang) etc.). Die Therapeut(inn)en nennen zwei Ansätze, um stressauslösende Faktoren zu entschärfen bzw. um den bestmöglichen Umgang damit zu finden: (1) Gabe von Informationen und (2) höchstmögliche subjektive Kontrollmöglichkeiten. Unsicherheit erzeugt Stress und Hilflosigkeit; Kontrolle über die Situation, die eigenen Handlungs- und Wahlmöglichkeiten und individuell verfügbares Wissen (Informationen) wirken dem, durch das Erzeugen von Sicherheitserleben, entgegen.

4.1.5 *Mögliche Bewegungsinhalte/Sportarten*

Die Trauma-Therapeut(inn)en listeten verschiedene Sport- und Bewegungsaktivitäten auf, die ihnen als Inhalte passend erscheinen, insbesondere: Entspannungstraining, Atemübungen, Sportspiele (besonders Fußball, speziell für Männer), Tanz (für Frauen), Kampfsport (speziell für (junge) Männer) – hier gab es aber auch eine Warnung aufgrund des hohen Aggressionspotenzials, das Kampfsportarten innewohnt –, Selbstverteidigung, Taiji und Qigong, Joggen, Laufen, Wandern, Schwimmunterricht, Bewegungsspiele (auch „Kinderspiele“), Bewegung an der frischen Luft (Ausflüge).

4.2 **Wirkfaktoren und Veränderungen**

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus zwei Fallanalysen präsentiert. Damit sollen Gestaltungsmerkmale, Wirkfaktoren und Veränderungen durch das Bewegungsprogramm exemplarisch aufgezeigt werden.

An dem dreimonatigen Bewegungs- und Laufprogramm der ersten Interventionsphase nahmen sechs Männer teil. Die Intervention wurde zweimal wöchentlich angeboten. Jede Einheit dauerte 60 Minuten und beinhaltete Aufwärmen, kleine Spiele, Schwunggymnastik und Mobilisation, Schulung der Körperwahrnehmung und Lauftechnik sowie, als Hauptteil, einen freien Laufteil, der jedes Mal um zwei bis drei Minuten gesteigert wurde. Abschließend gab es noch Dehn- und Entspannungsübungen. Zwei Fallbeispiele sollen hier auf Basis der Arbeit von Hofer und Hochedlinger (2014) beschrieben werden. Es ist hier anzumerken, dass aus organisatorischen Gründen in dieser Intervention sowohl Männer als auch Frauen in der Anleitung und Begleitung der Intervention teilnahmen. Alle Teilnehmer waren männlich.

(1) *Herr A.* stammt aus Afghanistan. Sein Aufenthaltsstatus in Österreich lautet „Asylwerber“. Herr A. hatte eine schwere Kindheit. Seine Eltern starben durch Kriegsverletzungen. Er wurde in seinem Elternhaus überfallen und gefoltert und vergewaltigt. Die Besitztümer des Elternhauses wurden geraubt. Auf der Flucht erlitt

er Abschiebung und weitere Misshandlungen. Er hat große Angst, die Kontrolle über sein eigenes Leben zu verlieren. Bei Herrn A. sind traumaspezifische Symptome des Wiedererlebens (Folter, Vergewaltigung), der Vermeidung und der Übererregung stark ausgeprägt. Begleiterscheinungen davon sind: Versagen der Stimme, Verspüren eines Engegefühls im Hals, Angst vor Schlaf, Alpträume (er träumt oft, dass er verfolgt oder dass er vergewaltigt wird), intensives Angsterleben bei Konfrontationen mit der Polizei oder sonstigen uniformierten Personen, Angst vor hinterhältigen Übergriffen und Vergewaltigung, Taubheitsgefühl, brennendes Gefühl auf der Stirn, Schmerzgefühl im ganzen Körper, Kopfschmerzen und Schwindel. Herr A. fühlt sich abgestumpft und leer. Er ist sehr wachsam und beobachtet die Personen in seiner Umgebung sehr genau. Er verspürt eine große Wut über die Entwicklung seines Lebens, will aber niemandem zur Last fallen. Herr A. hat eine sehr schwere Form der Traumatisierung und ist stark suizidgefährdet. Er ist nervös, körperlich unruhig und weint immer wieder. In Gesprächen versucht er, die Selbstmordgedanken zu verdrängen. Er hat eine stark depressive Grundstimmung und sein Misstrauen gegenüber seinen Mitmenschen ist hoch.

Herr A. nahm nur sechs Mal am Bewegungs- und Laufprogramm teil. Dies bedeutet aber nicht, dass Herrn A. das Bewegungsprogramm nicht gefiel. Ganz im Gegenteil, er war sichtlich gerne da und er macht gerne Sport. Er betonte immer wieder und abschließend im Endgespräch, wie gut ihm das Bewegungsprogramm gefällt und bedankte sich für die Möglichkeit der Teilnahme. Als Barrieren zur Teilnahme nannte er in unterschiedlichen Momenten Überschneidungen mit anderen Terminen, insbesondere mit dem Deutschkurs und mit Arztterminen, sowie Krankheit und Besuch eines fernen Verwandten.

Herr A. hatte stets ein hohes Ausmaß an Spannung in seinem Körper, dies kann als Zeichen des Unwohlseins und der Unsicherheit gesehen, aber vor allem auf seine schlechte psychische Verfassung zurückgeführt werden. Er machte oft einen verwirrten Eindruck und hatte Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Für ihn war die Bewegung während der Einheiten ein Ventil, was teilweise in einer übertriebenen Aktivität (zum Beispiel durch plötzliche Impulse kraftgeladener Liegestütze oder durch expressiv schnellende Kampfsportbewegungen) sichtbar wurde. Es konnte über die Dauer der Intervention von den Beobachter(inne)n keine eindeutige Verbesserung des Wohlbefindens wahrgenommen werden. Jedoch wurde über eine nachlassende Anspannung und Stimmungsverbesserung nach dem Sporttreiben berichtet. Herr A. konnte nach eigener Angabe eine Verbesserung seines Schlafs feststellen und nahm sich nach der Bewegung weniger müde wahr.

Er hatte große Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau, vor allem mit den anderen Teilnehmern. Trotzdem machte er den Eindruck, er fühle sich in der Gruppe wohl und das gemeinsame Sporttreiben sei für ihn wichtig. Im Nachgespräch bestätigte sich dieser Eindruck, als Herr A. die Wichtigkeit des Sporttreibens in der Gruppe betonte und erklärte, dass er, wenn er allein sei, zu viel denke. Ab und zu öffnete sich Herr A. ein bisschen und leitete sogar ein paar Mal Übungen, die er aus dem Kampfsport kannte, an. Er freute sich sichtlich, dass die anderen Teilnehmer diese mitmachten. Manchmal vertraute er sich einem/einer der Übungsleiter(innen) in Zweiergesprächen an und erzählte schwer nachvollziehbare Geschichten. Es wird

vermutet, dass es ihm half, über seine Sorgen zu sprechen, und er sich dadurch ein bisschen Luft machen konnte.

In diesem Fallbeispiel ist es bedeutsam, daran zu denken, dass in Anbetracht seiner Symptomatik schon kleine Fortschritte große Fortschritte sind. Schon in kurzer Zeit und trotz einer sehr unregelmäßigen Teilnahme wurden erste Hinweise positiver Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung sowie ein positives Gruppenerleben beobachtet. Dieses fand in einem ungezwungenen Gruppensetting statt, das Herrn A. nicht zur Interaktion zwang, ihm diese aber anbot. Die Beziehungsgestaltung wurde dabei insbesondere durch eine ungezwungene Teilnahme an Sportspielen stimuliert. Es ist anzunehmen, dass eine regelmäßige und längere Teilnahme die sozialen Kompetenzen von Herrn A. erheblich stärken könnte und auch sein physisches und psychisches Wohl positiv beeinflussen würde.

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

Bei Herrn B. kann von einer Verbesserung des Wohlbefindens gesprochen werden. Er zeichnete sich zu Interventionsbeginn durch Schüchternheit im Auftreten und Zurückhaltung in Gesprächen aus. Sein Laufstil war geprägt von einem steifen Oberkörper und kleinen Schritten. Das Auftreten und Bewegungsverhalten von Herrn B. wurden im Laufe der Intervention zunehmend lockerer und offener. Dies deutet darauf hin, dass er sich immer wohler fühlte. Herr B. äußerte selbst das Gefühl, dass das Laufen ihm gut tue und auch im Nachgespräch betont er, dass ihm das Laufen von allen Aktivitäten am besten gefiel. Er erzählte, er fühle sich nach dem Laufen klarer im Kopf, weniger müde und aktiver. Seine Aussage „Exercise ist viel besser als Therapie. Speaking is not good! Moving, exercise is good!“ (Nachgespräch, 31. Jan, 58:5) zeigt, wie bewusst und stark er die positive Wirkung von Sport und Bewegung an sich selbst wahrnimmt. Es wurde auch eine verbesserte Selbstsicherheit beobachtet. So forderte er zum Beispiel stetig eine Steigerung des Laufpensums.

Im Laufe der Intervention wurde Herr B. kommunikativer und nutzte die Wartezeit oft für Gespräche mit den Beobachter(inne)n. Bei den Sport- und Bewegungsspielen zeigte er sich sehr gut gelaunt, fröhlich und kam häufiger richtig aus sich selbst, aus seiner emotionalen Einengung, heraus. Er profitierte vom sozialen Miteinander,

insbesondere in den Sport- und Bewegungsspielen, und es wurden große Veränderungen bei ihm auf der Beziehungsebene beobachtet. Er entwickelte sich von einem Teilnehmer, der sich eher am Rande hielt, zurückhaltend war und mit leiser Stimme sprach, hin zu einem Teilnehmer, der auffallend viel lachte und von sich selbst sagte, er sei stark.

In Bezug auf ein verbessertes Selbstkonzept schrieb die Therapeutin, sie habe „bei ihm sehr stark das Gefühl einer persönlichen Veränderung“ (13. Dezember, 14:14). Die Verbesserung des Selbstkonzepts wird dabei sowohl mit der unterstützenden Beziehungsgestaltung und positivem Feedback als auch mit einem deutlich gestiegenen positiven Selbsterleben in Verbindung gebracht. Herr B. bekam viel Lob und Anerkennung von Seiten der Beobachter(innen) und Leiter(innen), aber er konnte auch Bestätigung an sich selbst erfahren, zum Beispiel durch die Wahrnehmung seiner Kapazität, das Laufpensum kontinuierlich zu steigern, oder durch das erfolgreiche Bewältigen koordinativer Aufgaben. Herr B. konnte sich im Laufe der Intervention genügend Selbstsicherheit und Wissen erarbeiten, sodass es ihm auch möglich war, die Anleitung von Übungsteilen zu übernehmen, Inhalte mitzugestalten (zum Beispiel das Anleiten des Cricket-Spiels) und Entscheidungen (zum Beispiel über das Laufpensum, die Einteilung der Teams oder die Auswahl bestimmter Spieler) zu fällen.

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

Herr B. erbrachte gute Laufleistungen und bewältigte jedes Laufpensum. Während der Intervention konnte er sein Lauftempo steigern. Es ist wahrscheinlich, dass sich seine Ausdauerleistungsfähigkeit ebenfalls verbessert hat.

Bei Herrn B. finden wir Verbesserungen auf der physischen und der psychosozialen Ebene und diese sind ihm durchaus bewusst. Auch hier dominiert das Selbsterleben im aktiven und bewegten Tun als möglicher Wirkfaktor.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse sowohl aus den Experteninterviews mit den Trauma-Therapeut(inn)en als auch den Fallbeispielen verdeutlichen, dass somatische Zielsetzungen Teil der Bewegungs- und Trainingstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden sein sollten, dass aber die Traumasymptomatik und ihr Erscheinungsbild eine psychosoziale Perspektive erfordert. Die Ergebnisse zeigen Möglichkeiten auf, psycho-

soziale Wirkungen durch Bewegung und Sport zu erzielen und entsprechend traumatherapeutische Ziele zu verfolgen. Wichtige Gestaltungsmerkmale waren dabei, neben dem Schaffen eines sicheren Raumes, das Ermöglichen von vielfältigen Erfahrungen und positiven Erlebnissen, das Fördern von Mitbestimmung und Mitgestaltung sowie das Gruppensetting. Während die therapeutische Beziehungsgestaltung eher als ein unspezifischer Wirkfaktor angesehen werden kann (vgl. Hölter, 2011), kann die aktive Rolle der Teilnehmer(innen), in der sie sich wieder aktiv erleben können und bei der die Selbsterfahrung und die Bewegung an sich im Mittelpunkt stehen und nicht die Krankheit, als ein eher spezifischer Wirkfaktor des Bewegungsprogramms gesehen werden – im Gegensatz zu eher passiven Therapien (wie insbesondere die Medikation).

Ein weiterer spezifischer Wirkfaktor wird in dem gemeinschaftlichen Bewegen gesehen, wobei insbesondere Sport- und Bewegungsspiele eine eher ungezwungene Interaktion erlauben und wobei individueller Rückzug und Öffnung nebeneinander existieren und von der Gruppe akzeptiert werden können. Die Intensität der sozialen Begegnung findet auf freiwilliger Basis statt, da die Bewegung als gemeinsames Ziel und Mittel im Vordergrund steht. Mit anderen Worten: Es sollte zu einem gemeinschaftlichen, aktiven und erlebnisreichen Bewegen kommen.

Den Ergebnissen zufolge ist in einer Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden die Dimension des *Erlebens und Erfahrens* in den Vordergrund zu stellen, ohne dabei die körperlichen Trainingsprozesse außer Acht zu lassen. Denn Letztere können nicht nur physische Ressourcen, wie Ausdauer und Beweglichkeit, stärken, sondern auch Veränderungen, Erfolge und Kompetenzen körperlich erleben lassen und Wohlbefinden steigern, wie in dem Fallbeispiel kurz umrissen.

Die Ergebnisse verweisen auf eine notwendige kritische Reflexion über Definition und Gestaltung der Trainingstherapie, wenn diese bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, unter anderem mit extremen Traumatisierungen, eingesetzt werden soll. Es geht dabei insbesondere um eine Erweiterung der physisch-funktionellen Dimension der Trainingstherapie mit den Dimensionen des *Erlebens* und des *(Er)Lernens*, also um eine Ergänzung der psychosozialen und edukativen Dimension. Sportwissenschaftler(innen) bringen aus ihrer Ausbildung grundlegende gruppendynamische, erlebnispädagogische, sport- und gesundheitspsychologische und edukative Kompetenzen mit, was einen eindeutigen Mehrwert darstellt. Ein angemessener Transfer dieser Kompetenzen auf die therapeutische Arbeitsweise ist jedoch notwendig. Zudem brauchen sie zusätzlich ein indikationsspezifisches und grundlegendes Wissen aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik, was in der Ausbildung zur Trainingstherapie auch vorgesehen ist.

Das Projekt „Movi Kune“ bewegt sich gemeinsam weiter und weitere Interventionsphasen sind in Planung. Forschungsschwerpunkte werden weiterhin die spezifischen und die unspezifischen Wirkmechanismen und Effekte der Bewegungs- und Trainingstherapie bei Kriegs- und Folterüberlebenden sein. Dabei soll es einen stärkeren Bezug zur Konsistenztheorie und zum Salutogenese-Modell sowie eine höhere Standardisierung der Intervention geben. Wegen der hohen Barrieren zur Teilnahme

sollen motivationale und volitionale Prozesse sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz noch mehr in den Vordergrund der Forschung und Intervention rücken.

Danksagung:

Wir bedanken uns für die Unterstützung bei der Hochschuljubiläumsstiftung der Stadt Wien, beim Institut für Sportwissenschaft der Universität Wien und beim Betreuungszentrum Hemayat sowie bei allen Beteiligten.

Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (2001). Psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlingskinder bei Refugio München. In *Interkulturelle Verständigung. Dokumentation der Fachtagung „Mir geht's doch gut – Jugend, Kultur und Salutogenese“*. München: Sozialreferat Landeshauptstadt München.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Appleton, V. (2001). Avenues of Hope: Art Therapy and the Resolution of Trauma. *Art Therapy*, 18(1), 6–13.
- Bardach, L. (2014). *Trauma und Bewegung. Eine Untersuchung des Bedarfs an einem Sport- und Bewegungsprogramm für traumatisierte Flüchtlinge, Folter- und Kriegsüberlebende*. MA Thesis, Universität Wien, Wien.
- Ben-Shahar, A. R. (2012). Do cry for me Argentina! The challenges trauma work poses for holistic psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(1), 7–21.
- Biddle, S., & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions*. New York: Routledge.
- Blankenhost, E. & Rothe, M. (2012). Verrückt! Oder einfach normal? *Asyl Aktuell - Zeitschrift der Asylkoordination Österreich*, 1, 26–31.
- Brauchle, G. (2011). Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Journal für Psychologie*, 19(3).
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (2002). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen* (Bd. 2). München: Pfeiffer.
- Callaghan, K. (1993). Movement psychotherapy with adult survivors of political torture and organized violence. *The Arts in Psychotherapy*, 20(5), 411–421.
- Callaghan, K. (1998). In limbo: movement psychotherapy with refugees and asylum seekers. In D. Dokter (Hrsg.), *Arts Therapists, Refugees and Migrants Reaching Across Borders*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Carey, L. (2006). *Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H., & Knudson, M. M. (2001). The Effectiveness of Art Therapy Interventions in Reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Pediatric Trauma Patients. *Art Therapy*, 18(2), 100–104.
- Crandell, J., Morrison, R., & Willis, K. (2002). Using Psychomotor to Treat Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(2), 57–80.
- DeBoer, L. B., Powers, M. B., Utschig, A. C., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2012). Exploring exercise as an avenue for the treatment of anxiety disorders. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(8), 1011–1022.

- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy, 30*(2), 58–70.
- Diaz, A., & Motta, R. W. (2007). The effects of an aerobic exercise program on posttraumatic stress disorder symptom severity in adolescents. *International Journal of Emergency Mental Health, 10*(1), 49–59.
- Drozdek, B., & Wilson, J. P. (2004). *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*. Taylor & Francis.
- Durstine, J. L., Moore, G., Painter, P., Roberts, S., & American College of Sports Medicine. (2009). *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities* (3rd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body*. North Atlantic Books.
- Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-sensitive yoga: principles, practice, and research. *International Journal of Yoga Therapy, 19*(1), 123–128.
- Endel, G. (1996). Therapeutische Arbeit unter Kriegsbedingungen. *Integrative Bewegungstherapie, 1/1996*, 30–32.
- Faulkner, G., & Taylor, A. H. (Hrsg.). (2005). *Exercise, health and mental health: emerging relationships*. London: Routledge.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Hart, S., Quintino, O., Drose, L. A., Field, T., ... & Schanberg, S. (1997). Effects of sexual abuse are lessened by massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 1*(2), 65–69.
- Forester, C. (2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice, 2*(2), 123–133.
- Frankl, V. E. & Lorenz, K. (1989). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn: eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. München: Piper.
- Goldshtroum, Y., Korman, D., Goldshtroum, I., & Bendavid, J. (2011). The effect of rhythmic exercises on cognition and behaviour of maltreated children: A pilot study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 15*(3), 326–334.
- Gray, A. E. L. (2001). The Body Remembers: Dance/Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture. *American Journal of Dance Therapy, 23*(1), 29–43.
- Gray, A. E. L. (2008). Dancing in our blood. Dance/movement therapy with street children and victims of organized violence in Haiti. In N. Jackson, & T. Shapiro-Lim (Eds.), *Dance, Human Rights and Social Justice: Dignity in Motion* (pp. 222–236). Lanham, MD: Scarecrow Press.
- Gray, A. E. L. (2011). Expressive arts therapies: Working with survivors of torture. *Torture, 21*(1), 39–47.
- Gregorich, N. (2011). *Projekt IMPULS – Gesundheitsförderung für AsylwerberInnen in Gemeinden: Eine qualitative Exploration der Gesundheitsbedürfnisse unter besonderer Berücksichtigung traumatisierter Flüchtlinge* (Diplomarbeit). Saarbrücken: AV Akademikerverlag.
- Grodin, M. A., Piwowarczyk, L., Fulker, D., Bazazi, A. R., & Saper, R. B. (2008). Treating Survivors of Torture and Refugee Trauma: A Preliminary Case Series Using Qigong and T'ai Chi. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 14*(7), 801–806.
- Gurris, N. F. & Wenk-Ansohn, M. (2009). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 477–499). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Halle, M., Schmidt-Trucksäss, A., Hambrecht, R. & Berg, A. (Hrsg.). (2008). *Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Harris, D. A. (2007a). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture, 17*(2), 134–155.
- Harris, D. A. (2007b). Pathways to embodied empathy and reconciliation after atrocity: Former boy soldiers in a dance/movement therapy group in Sierra Leone. *Intervention, 5*(3), 203–231.
- Harris, D. A. (2009). The paradox of expressing speechless terror: Ritual liminality in the creative arts therapies' treatment of posttraumatic distress. *The Arts in Psychotherapy, 36*(2), 94–104.
- Heiss, C., Heinrich, B. & Ramirez-Castillo, N. (2014). *Platz für neue Hoffnung. Jahresbericht 2013* (S. 48). Wien: Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende.
- Hofer, V. & Hochedlinger, J. (2014). *Laufend mehr Wohlbefinden. Eine qualitative Untersuchung eines Laufprogramms mit traumatisierten Flüchtlingen, Folter- und Kriegsüberlebenden*. MA Thesis, Universität Wien, Wien.
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung*. Unter Mitarbeit von H. Deimel, A. Degener, H. Schwiertz und M. Welsche (1. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- ICSSPE. (2008). *Sport and Physical Activity in Post-Disaster Intervention*. Berlin: ICSSPE – International Council of Sport Science and Physical Education.
- Joachim, I. (2006). Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. In medica mondiale e.V. & K. Griese (Hrsg.), *Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern* (Bd. 2, S. 56–93). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Karcher, S. (2000). Körpererleben und Beziehungserleben – Konzentrierte Bewegungstherapie mit Überlebenden von Folter. *Psychotherapie im Dialog, 1*, 28–37.
- Karcher, S. (2004). Body psychotherapy with survivors of torture. *Broken Spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*, 403–418.
- Knobloch, J. (2001). Psychologische Aspekte der Anwendung von Bewegung und Sport in der Rehabilitation. In H. Gabler, J. R. Nitsch & R. Singer (Hrsg.), *Einführung in die Sportpsychologie* (S. 13–28). Schorndorf: Hofmann.
- Koch, S. C., & Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy, 36*(5), 289–296.
- Koop, I. I. (2000). Narben auf der Seele. Integrative Traumatherapie mit Folterüberlebenden. *Zeitschrift für Politische Psychologie, 8*(4), 561–585.
- Koop, I. I. (2002). Das Leibparadigma in der Traumatherapie. Erfahrungen aus der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und Gefolterten. *Integrative Bewegungstherapie, 1*, 4–11.
- Koop, I. I. (2009). IBT mit traumatisierten Flüchtlingen. In M. J. Waibel & C. Jacob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie: Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S. 255–240). Stuttgart: Schattauer.
- Kunz, V. (2006). *Sport and Play for Traumatized Children and Youth. An assessment of a pilot-project in Bam, Iran by the Swiss Academy for Development (SAD)*. Biel/Bienne, Switzerland: Swiss Academy for Development (SAD).
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy, 4*(2), 214–220.

- Lawrence, S., De Silva, M., & Henley, R. (2010). Sports and games for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (1), CD007171.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: healing trauma: the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, Calif.: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.
- Ley, C. (2009). *Acción psicosocial a través de movimiento, juegos y deporte en contextos de violencia y de conflicto. Investigación sobre la adecuación sociocultural de la „terapia a través del deporte“ y evaluación de un programa con mujeres en Guatemala*. Tesis doctoral, Universidad Politécnica de Madrid (UPM), Madrid.
- Ley, C., & Rato Barrio, M. (2010). Movement, games and sport in psychosocial intervention: a critical discussion of its potential and limitations within cooperation for development. *Intervention*, 8(2), 106–120.
- Ley, C. & Rato Barrio, M. (2011a). Evaluierung der psychosozialen Intervention APM in Guatemala. In K. Petry, M. Groll & W. Tokarski (Hrsg.), *Sport und internationale Entwicklungszusammenarbeit* (S. 159–182). Köln: Sportverlag Strauß.
- Ley, C., & Rato Barrio, M. (2011b). Movement and sport therapy with women in Guatemalan context of violence and conflict. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 6(1), 145–160.
- Ley, C., & Rato Barrio, M. (2012). Active Learning and Self-supporting Processes through Sport, Games and Participatory Activities with Women who Suffered Violence. In K. Gilbert, & W. Bennett (Eds.), *Sport, Peace and Development* (pp. 355–366). Champaign, IL: Common Ground Pub. LLC.
- Ley, C., & Rato Barrio, M. (2013). Evaluation of a psychosocial health programme in the context of violence and conflict. *Journal of Health Psychology*, 18(10), 1370–1380.
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., Patricia, S. J., & Chemtob, C. M. (2007). Art Therapy for Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Pilot Study. *Art Therapy*, 24(4), 163–169.
- Manger, T. A., & Motta, R. W. (2005). The Impact of an Exercise Program on Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(1), 49–57.
- Mattsson, M., Wikman, M., Dahlgren, L., Mattsson, B., & Armelius, K. (1997). Body awareness therapy with sexually abused women. Part 1: Description of a treatment modality. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 1(5), 280–288.
- Mattsson, M., Wikman, M., Dahlgren, L., Mattsson, B., & Armelius, K. (1998). Body awareness therapy with sexually abused women. Part 2: Evaluation of body awareness in a group setting. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2(1), 38–45.
- Meekums, B. (2000). *Creative group therapy for women survivors of child sexual abuse: speaking the unspeakable*. London: Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Moore, C. & Stammermann, U. (2009). *Bewegung aus dem Trauma: Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Moser, C. & Frey, C. (2008). *Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten: eine Informationsschrift für Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen*. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Motta, R. W., McWilliams, M. E., Schwartz, J. T., & Cavera, R. S. (2012). The Role of Exercise in Reducing Childhood and Adolescent PTSD, Anxiety, and Depression. *Journal of Applied School Psychology*, 28(3), 224–238.

- Newman, C. L., & Motta, R. W. (2007). The effects of aerobic exercise on childhood PTSD, anxiety, and depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(2), 133–158.
- Ollech, A. (2002). „Wir sind hier total aufgeschmissen!“ – Subjektive Krankheits-, Problem- und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge im Exil. In A. Birck, C. Pross & J. Lansens (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 17–30). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Petzold, H. G. (1999). Body narratives - Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 1, 4–30.
- Pfeifer, K., Sudeck, G. & Geidl, W. (2013). Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie. *Neurologie und Rehabilitation*, 19(1), 7–19.
- Price, C. (2002). Body-oriented therapy as an adjunct to psychotherapy in childhood abuse recovery: A case study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 6(4), 228–236.
- Price, C. (2006). Body-oriented therapy in sexual abuse recovery: A pilot-test comparison. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 10(1), 58–64.
- Price, C. (2007). Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(2), 116–128.
- Rosenbaum, S., Nguyen, D., Lenehan, T., Tiedemann, A., van der Ploeg, H. P., & Sherrington, C. (2011). Exercise augmentation compared to usual care for Post Traumatic Stress Disorder: A Randomised Controlled Trial (The REAP study: Randomised Exercise Augmentation for PTSD). *BMC Psychiatry*, 11(1), 115.
- Sallis, R. E. (2009). Exercise is medicine and physicians need to prescribe it! *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 3–4.
- Schmitz, U. (2006). Bewältigung traumatischer Ereignisse. In E. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung* (S. 233–242). Stuttgart: Schattauer.
- Schmitz, U. & Sachsse, U. (2004). *Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung: ein handlungsorientierter Ansatz*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.). (2012). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Singer, A. (2008). Interactions between movement and dance, visual images, etno and physical environments: psychosocial work with war-affected refugees and internally displaced children and adults. In N. M. Jackson, & T. S. Phim (Eds.), *Dance, human rights, and social justice: Dignity in motion* (pp. 237–252). Maryland: Scarecrow Pr.
- Strobl, P. M. T. (2014). *Therapeutische Wirkfaktoren von Tanz, Bewegung und Sport bei Folter- und Kriegstraumatisierten [sic] Frauen*. MA Thesis, Universität Wien, Wien.
- Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2013). Bewegung in der Rehabilitation – ICF-Bezug, Kompetenzorientierung, Nachhaltigkeit. *Public Health Forum*, 21(2), 14.e1–14.e4.
- Van Der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265.
- Van Der Kolk, B. A. (2002). In terror's grip: Healing the ravages of trauma. *Cerebrum*, 4(1), 34–50.
- Webb, N. B. (2007). *Play Therapy with Children in Crisis, Third Edition: Individual, Group, and Family Treatment*. Guilford Press.
- Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Strohle, A. (2013). Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(Suppl 1), S12–S21.