



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Das subjektive Empfinden vor und nach der Sport- und  
Bewegungstherapie“

Eine qualitative Untersuchung bei Folter- und Kriegstraumatisierten Frauen

verfasst von / submitted by

Xhenita Nuredini

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

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

A 190 482 299

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

Lehramtsstudium UF Bewegung und Sport  
UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Dr. Clemens Ley

## Zusammenfassung

Flüchtlinge sind aufgrund einer lebensbedrohlichen Lage gezwungen ihre Heimat zu verlassen und sich auf die Flucht zu begeben. Bereits in der Heimat und fortlaufend während der Flucht, aber auch im Exilland erleben die Menschen viel Furchtbares. Psychische Probleme, wie die posttraumatische Belastungsstörung, können Folgen des Schreckens sein. Es sind viele Studien vorhanden, die die Entstehung von positiven Effekten durch Bewegung und Sport bestätigen. Doch in Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung sind wenige Studien vorhanden.

Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ ist eine Sport- und Bewegungstherapie für Folter- und Kriegsüberlebende. Movi Kune ist von dem Verein Hemayat, Therapiezentrum für Folter- und Kriegsgefangene, in Kooperation mit dem Universitätssportzentrum Schmelz gegründet worden. Der Fokus von Movi Kune liegt bei der Stabilisierung und dem Vermitteln eines Sicherheitsgefühls. Weiters wird ein Augenmerk auf die Stärkung der eigenen Ressourcen gelegt. Eine positive Entwicklung im physischen, psychischen und sozialen Bereich wird zusätzlich angestrebt.

In der vorliegenden Arbeit wird der affektive Zustand und deren Wirkfaktoren ergründet. Hierfür wurde eine Gruppe von folter- und kriegsüberlebenden Frauen von vier Übungsleiterinnen aus dem Studienbereich Sport und Psychologie und einer Kunsttherapeutin betreut. Insgesamt 40 Sport- und Bewegungseinheiten, die von Anfang Oktober 2017 bis Ende März 2018 stattgefunden haben, wurden für die vorliegende Arbeit erforscht. Die Frauen wiesen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung auf. Dazu kommen flüchtlingsspezifische Stressoren, die durch die schrecklichen Erlebnisse von Krieg, Folter und Flucht entstanden sind. Für das Forschungsvorhaben wurden zwei Einfallstudien untersucht. Die analysierten Daten setzten sich aus der teilnehmenden Beobachtung, den Bildinterpretationen, Vor- und Nachbesprechungen sowie den Interviews der beiden Teilnehmerinnen zusammen. Weitere Daten wurden durch die Gesprächsaufzeichnung mit der Psychologin einer der Frauen gewonnen. Die beobachteten Affekte werden in ihren Grundformen, Lust-Unlust und Valenz aufgezeichnet. Für die Datenanalyse wird das Software-Programm Atlas.Ti benutzt.

Die Ergebnisse der zwei Einzelfallstudien legen eine positive Entwicklung in der Stimmungslage nahe, die auf das Bewegungs- und Sportprogramm rückgeführt werden konnte. Bei beiden analysierten Frauen verbesserte sich das psychische Wohlbefinden. Sie haben gelernt, mit gesteigerter Aktiviertheit und niedriger Valenz umzugehen und erkennen Bewegung und Sport als Stimmungsregulator. Durch die gesunkene Erregtheit minimierten sich bei beiden Frauen auch ihre Schlafprobleme.

## Abstract

Refugees are forced to leave their home because of the dangerous and life-threatening conditions they are confronted with. During this time, starting in their respective motherlands, while trying to leave and even when they have already arrived in a country of exile, they have to face many of the most horrid things imaginable. All of this results in a plethora of mental issues, posttraumatic stress disorder just being one of them. There are lots of studies that clearly show how much of a positive impact there is to gain from exercise and sports. But there are only a few studies that focus on post-traumatic stress disorder.

The exercise and sport therapy program Movi Kune, which has been founded from the association Hemayat, the therapy centre for victims of war and torture, together in cooperation with the Viennese institute for sports science, offers the opportunity to conduct this research project. The main focus of Movi Kune is to stabilize those that are in need and to convey a sense of safety to them, while simultaneously strengthening their personal resources and to achieve positive development regarding their psychological, physical and social well-being.

In this particular paper the affective state of those afflicted and all related factors will be explored. An Intervention that started during winter semester 17/18 and ended in April of 2018 will serve as the base. A group of war surviving women, showed definite signs of posttraumatic stress disorder, were entrusted to the care of an arts therapist and four student trainers, whose area of studies ranged from sports to psychology. Two single case studies were used as research projects. The analysed data is composed of observations of the participating trainers, image interpretation, preliminary discussions, debriefing sessions, interviews and a recording of a conversation from a psychologist of one of the women. For data analysis the software program Atlas.Ti was used.

The results from these two case studies show a definite positive development in mood of the participants, attributable to their movement and sports therapy program. Both women show an improvement in psychological well-being, they have learned to mitigate moments of high activation and unpleasant affect. They also have recognized how to use sports to regulate their mood. This lowered state of arousal is also helping them with their sleeping problems.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	7
2. Trauma.....	8
2.1. Posttraumatische Belastungsstörung.....	8
2.2. Komplexe Form der PTBS .....	9
2.3. Folter-, Flucht- und Kriegstraumatisierung.....	10
2.3.1. Vorflucht-, Flucht- und Exilphase .....	10
2.3.2. Notwendige erste Schritte im Exilland .....	11
2.4. Symptomatik.....	12
2.4.1. Erstarren und Verstummen.....	12
2.4.2. Schlafprobleme .....	13
2.4.3. Aggressivität und Zurückhaltung.....	13
2.4.4. Konzentrationsschwäche .....	14
2.4.5. Angstgefühl.....	14
2.4.6. Körperliche Störungen .....	14
2.5. Interkulturelle Besonderheiten.....	15
3. Gegenstandsbeschreibung Emotion und Stimmung.....	15
3.1. Definition von Emotion.....	16
3.2. Definition von Stimmung .....	16
3.3. Unterschied zwischen Emotion und Stimmung .....	16
3.4. Entstehung einer Emotion .....	17
3.4.1. Emotionale Schemata.....	18
3.5. Systematische Ordnung der Begriffe .....	20
3.5.1. Grunddimensionen der Emotionen .....	20
3.5.2. Klasseneinteilung der Emotionen .....	21
3.6. Kultureller Einfluss auf die emotionale Entwicklung .....	24
3.7. Emotionsbezogener Schmerz .....	25
3.8. Stimmungskongruenz.....	25
3.9. Änderung von Emotionen und Stimmung .....	26
3.9.1. Wirksame Verfahren.....	26
4. Bewegungstherapie .....	28
4.1. Bewegungsbeobachtung & -analyse.....	28
4.1.1. Circumplex-Modell in der Bewegungsforschung .....	29
4.2. Psychosoziale Ressourcen .....	30
4.2.1. Allgemeine Stimmungszustände.....	31

4.2.2.	Angst.....	33
4.2.3.	Wohlbefinden .....	33
4.2.4.	Entspannung .....	34
4.2.5.	Beschwerdeempfinden.....	35
4.2.6.	Stress.....	35
4.3.	Bewegungstherapie mit traumatisierten Flüchtlingen .....	36
4.3.1.	Verbal- und Bewegungstherapie.....	37
4.3.2.	Sprachbarriere.....	38
4.3.3.	Kontrollerleben .....	39
4.3.4.	Körpererfahrung .....	40
4.3.5.	Gruppenerleben .....	41
5.	HEMAYAT .....	41
5.1.	Movi Kune – gemeinsam bewegen .....	42
5.1.1.	Angestrebte Aspekte.....	42
5.1.2.	Rolle der Trainer/innen.....	43
6.	Methode .....	44
6.1.	Forschungsziele.....	44
6.2.	Forschungsdesign .....	45
6.3.	Datenerhebung.....	46
6.3.1.	Teilnehmende Beobachtung.....	46
6.3.2.	Forschungstagebuch.....	48
6.3.3.	Leitfadeninterview .....	49
6.3.4.	Kreative Methode .....	51
6.4.	Datenauswertung/-analyse.....	52
7.	Fallstudie Alima.....	53
7.1.	Gesteigerte Aktivierung und Valenz.....	54
7.1.1.	Sportspiele und Ballsportarten.....	54
7.1.2.	Aerobic .....	55
7.1.3.	Koordinationsleiter, Gleichgewicht, Kräftigung.....	56
7.2.	Gesteigerte Aktivierung und niedrige Valenz.....	57
7.3.	Niedrige Aktivierung und Valenz .....	58
7.4.	Sozialer Aspekt.....	59
7.4.1.	Bezug Teilnehmerinnen .....	59
7.4.2.	Bezug Übungsleiterinnen .....	59
7.4.3.	Bezug Therapeutin .....	60

7.5.	Gefühlszustand vor und nach der Einheit .....	61
8.	Fallstudie Fidane.....	62
8.1.	Wichtige Ressourcen.....	63
8.1.1.	Familie .....	63
8.1.2.	Kultur .....	64
8.1.3.	Sprache .....	64
8.1.4.	Strukturiertheit .....	65
8.2.	Gesteigerte Aktivierung und Valenz.....	66
8.2.1.	Ehrgeiz und Siegeswille .....	67
8.2.2.	Einzelkämpferin.....	67
8.3.	Niedrige Aktivierung und Valenz .....	68
8.4.	Gesteigerte Aktivierung und niedrige Valenz.....	69
8.5.	Niedrige Aktivierung und Valenz .....	70
8.5.1.	Müdigkeit .....	70
8.5.2.	Schmerz .....	71
8.5.3.	Weitere Gründe .....	74
8.6.	Körpergefühl .....	75
8.7.	Sozialer Aspekt.....	75
8.7.1.	Bezug Teilnehmerinnen .....	75
8.7.2.	Bezug Übungsleiterinnen und Therapeutin .....	79
8.8.	Gefühlszustand vor und nach der Einheit .....	80
9.	Diskussion der Ergebnisse .....	83
9.1.	Zusammenfassung der Fallstudie Alima.....	84
9.2.	Zusammenfassung der Fallstudie Fidane.....	86
10.	Schlussfolgerung zu Movi Kune.....	90
	Literaturverzeichnis .....	95
	Abbildungsverzeichnis .....	102
	Erklärung .....	103

# 1. Einleitung

Die Flüchtlingsthematik ist eine sehr aktuelle Angelegenheit. Spätestens seit dem großen Andrang an Flüchtlingen im Jahre 2015 sind tagtäglich Berichte in den Medien zu lesen. Menschen, die in Krisengebieten wie Afghanistan, Tschetschenien, Syrien oder Irak gelebt haben, waren gezwungen ihre Heimat, ihre Familie und auch ihre Identität zurückzulassen. Allein im Jahr 2015 wurden in Österreich 88.340 Asylanträge gestellt. 42.285 Anträge sind es im darauffolgendem Jahr und 2017 reduziert sich die Zahl auf 24.735 Asylanträge (vgl. Bundesministerium für Inneres, 2018).

Der gemeinnützige Verein Hemayat ist ein Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende in Wien. Die Flüchtlingswelle macht sich hier ebenfalls bemerkbar, da die Zahl der KlientInnen ab 2015 stetig steigt. Während sie im Jahre 2015 bei ungefähr 800 lag, sind es im Jahr 2017 1309 Menschen, die betreut werden. Hemayat bietet hierbei geflüchteten Menschen psychotherapeutische, psychologische und medizinische Unterstützung an. 11081 nehmen eine Psychotherapie in Anspruch. Bei der Kunst- und Bewegungstherapie werden 681 KlientInnen gezählt (vgl. Hemayat, Jahresbericht 2017).

Die Bewegungstherapie ist in Zusammenarbeit der Abteilung Sportpsychologie des Universitätssportzentrums Schmelz entstanden. Das Bewegungsprojekt nennt sich „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ und läuft seit 2013. Sportliche Tätigkeit soll den Menschen helfen ihre persönlichen Ressourcen wiederzuerlangen bzw. zu Stärken. In dieser Arbeit wird ausschließlich auf eine Frauengruppe eingegangen. Ziel der Forschung ist ihre emotionale Befindlichkeit festzuhalten, sowie Veränderungen der Affektzustände zu analysieren. Die negativen Emotionszustände, die Folgen der Leidensgeschichten sind, sollen reduziert werden.

Die Herangehensweise ist grob in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil liefert die theoretische Grundlage, die anschließend auf den zweiten Teil angewendet wird. Der theoretische Teil bildet sich aus den Themengebieten Trauma, Emotion und Bewegungstherapie. Für ein besseres Verständnis des Forschungsprojektes wird ein Blick auf den Verein Hemayat und dem Bewegungsprogramm Movi Kune geworfen. Die Forschungsziele werden genannt und der Werdegang der Datenerhebung und -analyse geschildert. Die darauffolgenden Kapitel präsentieren die Ergebnisse der zwei Einzelfallstudien und vergleichen diese mit dem theoretischen Input. Eine Schlussfolgerung wird anhand der Ergebnisse zu Movi Kune gezogen. Offene Forschungsfelder werden angesprochen, die für weitere Studien anregen sollen bzw. um an diese anzuknüpfen.

## 2. Trauma

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Damit ist eine Wunde gemeint, die aus einem oder mehreren Ereignissen entstehen kann, bei dem die psychischen Ressourcen zur Bewältigung überfordert sind. Für die genaue Betrachtung wird Trauma in verschiedene Klassifikationen eingeteilt:

- das menschlich verursachte versus das zufällige Trauma,
- das kurze- (Typ I) versus dem langfristigen (Typ II) Trauma,
- und dem medizinisch bedingten Trauma (Maercker, 2013, S. 15).

Ein einmaliger und überraschender Vorfall führt zum kurzen Trauma (Typ I). Das langfristige (Typ-II-) Trauma entsteht durch mehrere und langfristige traumatische Ereignisse. In dieser Kategorie werden sexuelle, sowie körperliche Gewalt, Missbrauch, Kriegserleben, die Erfahrung mit Geiselnhaft, Folter und politische Inhaftierung eingeordnet (Maercker, 2015).

In jeder Altersgruppe kann sich ein erlebtes Trauma zu einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln. Die Symptome zeigen sich im Normalfall innerhalb der ersten Monate, während direkt nach dem Geschehen psychische Schock- und akute Belastungszustände überwiegen (Hecker & Maercker, 2015).

Alle Klassifikationen weisen zwar die gleichen Symptome auf, jedoch sind die Folgen vom Typ-II-Trauma in den meisten Fällen akuter (Maercker, 2013). „Typ-II-Traumata führen [...] oft zu einer besonders schweren symptomatischen Reaktion, der sog. KPTBS“ (2015, S. 549), fügt Maercker in Zusammenarbeit mit Hecker hinzu. KPTBS ist die Abkürzung für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung.

### 2.1. Posttraumatische Belastungsstörung

Die häufigste psychische Erkrankung, die bei Kriegs- und Folterüberlebenden nach den traumatischen Erfahrungen diagnostiziert wird, ist die posttraumatische Belastungsstörung. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert das Krankheitsbild auf ihrer Homepage wie folgt:

„Arises as a delayed or protracted response to a stressful event or situation (of either brief or long duration) of an exceptionally threatening or catastrophic nature, which is likely to cause pervasive distress in almost anyone. Predisposing factors, such as personality traits (e.g. compulsive, asthenic) or previous history of neurotic illness, may lower the threshold for the development of the syndrome or aggravate its course, but they are neither necessary nor sufficient to explain its occurrence. Typical features include episodes of repeated reliving of the trauma in intrusive memories ("flashbacks"), dreams or nightmares, occurring against the persisting background of a sense of "numbness" and emotional



blunting, detachment from other people, unresponsiveness to surroundings, anhedonia, and avoidance of activities and situations reminiscent of the trauma.

There is usually a state of autonomic hyperarousal with hypervigilance, an enhanced startle reaction, and insomnia. Anxiety and depression are commonly associated with the above symptoms and signs, and suicidal ideation is not infrequent. The onset follows the trauma with a latency period that may range from a few weeks to months. The course is fluctuating but recovery can be expected in the majority of cases. In a small proportion of cases the condition may follow a chronic course over many years, with eventual transition to an enduring personality change. (ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, 2010 update)“ (WHO, 2017).

Maercker (2013) teilt die posttraumatische Belastungsstörung in fünf Hauptkriterien ein, die ebenso in der Definition der WHO herauszulesen sind.

Das erste Kriterium ist das Erleben eines traumatischen Ereignisses. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung treten drei Hauptsymptome - Intrusion, Vermeidung/Betäubung und Hyperarousal – auf, welche die nächsten drei Kriterien ausmachen. Mit Intrusionen sind die „Flashbacks“ gemeint, bei denen die traumatisierten Ereignisse oder Bruchstücke davon ungewollt bei der betroffenen Person zurückkehren. Sie zeigen „sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses“ (Maercker, 2013, S. 17). Sie können spontan oder durch Reize hervorgerufen werden und sind unterschiedlich intensiv. Das Erlebte tritt auch in Form von Träumen und Albträumen auf. Das dritte Kriterium ist der Zustand der emotionalen Taubheit. Die Emotionen stumpfen ab oder werden komplett vermieden. Somit kommt es zu einem sozialen Rückzug, sowie zum Vermeiden von Situationen, Aktivitäten und Ortschaften, die an das Geschehene erinnern. Unter Hyperarousal ist die bestehende physiologische Übererregung des Betroffenen zu verstehen. Den letzten Punkt macht die nachhaltige Wirkung aus, die länger als einen Monat anhalten muss.

## 2.2. Komplexe Form der PTBS

Menschen, denen Folter oder Bürgerkrieg widerfahren ist, leiden nicht nur an einer einfachen PTBS, sondern erleben multiple Traumatisierungen, welche das Risiko einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung erhöht (Hecker & Maercker, 2015; Scheef-Maier & Haenel, 2017). Bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung entspringen zu den Symptomen der PTBS drei weitere Symptomgruppen. Es treten Störungen in der Affektregulation auf, eine negative Selbstwahrnehmung sowie Beziehungsstörungen sind weitere Probleme (Hecker & Maercker, 2015).

Scheef-Maier und Haenel (2017) sagen, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung besonders bei Menschen auftritt, die langanhaltende und mehrfache traumatische Erfahrungen durch andere Personen oder auch sexuelle Gewalt erlebt haben. Hecker und Maercker zählen Gegebenheiten auf, welche die Kriterien der komplexen Form von PTBS erfüllen würden: „Opfer von häuslicher Gewalt, Opfer von Menschenhandel und sexueller Ausbeutung, Kindersoldaten, Flüchtlinge oder zivile Opfer kriegerischer Auseinandersetzungen, die gefoltert wurden oder andere Formen von politischer oder organisierter Gewalt erlebt haben“ (2015, S. 552).

### 2.3. Folter-, Flucht- und Kriegstraumatisierung

Flüchtlinge erleiden oft eine seelische Verletzung, die durch Krieg, Verfolgung, Folter, sexuellem Missbrauch oder Verlust ausgelöst wird (Scheef-Maier & Haenel, 2017). In Foltersituationen wird das Schamgefühl der Betroffenen sehr stark anvisiert. Viele Männer und Frauen sind von sexueller Folter und Vergewaltigung betroffen (Gurris & Wenk-Ansohn, 2013). Hecker und Maercker (2015) stellen fest, dass es insbesondere nach sexuellem Missbrauch zu einer negativen kognitiven und emotionalen Veränderung kommt. Es entsteht ein ausgeprägter Ekel vor dem eigenen Körper, es löst das Gefühl des Beschmutzt-Seins aus und starke Scham- und Schuldgefühle treten auf. Birck (2004) schreibt, dass das betroffene Individuum Gefühle von Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, der Erniedrigung, Entwürdigung und der existenziellen Bedrohung erlebt. Die traumatischen Erlebnisse bewirken eine langfristige Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses und ziehen nachhaltige Wirkungen mit sich. Wie sich das Trauma im Verhalten widerspiegelt, hängt stark vom Individuum ab.

#### 2.3.1. Vorflucht-, Flucht- und Exilphase

Menschen, die auf der Flucht sind, erfahren meistens nicht nur ein einziges traumatisches Erlebnis, sondern befinden sich in einem verlängerten Prozess mehrerer traumatischer Erfahrungen. Diese Mehrfachbelastungen sind in drei Sequenzen unterteilt.

Der Prozess beginnt mit der *Vorfluchtphase*, bei der das Individuum bereits in der eigenen Heimat Isolierung, Feindseligkeit, Folter, Gewalt und Rassismus erfährt (Burnett & Peel, 2001). Baer & Frick-Baer weisen auf die politische Lage hin: „Viele Regierungen [...] sind autoritär und verfolgen politisch Andersdenkende“ (2016, S. 55). Folter dient zur Abschreckung von Andersdenkenden. Es ist ein psychischer Angriff, mit dem Ziel, die Persönlichkeit des Opfers zu brechen (Birck, 2004; Burnett & Peel, 2001). Das Opfer wird Situationen ausgeliefert, die Ohnmacht und extreme Schmerzen bewirken. Dabei soll das Opfer am Leben bleiben und minimale körperliche und sichtbare Spuren aufweisen (Birck, 2004). Solch eine Erfahrung ist bereits mit steigender Angst,

sowie der Zerstörung von sozialen Kontakten verbunden. Diese existenzielle Bedrohung liefert den Anlass zur Flucht (Gurris & Wenk-Ansohn, 2013).

In der *Fluchtphase* wird ebenfalls Grauensvolles erlebt. Die große Unsicherheit, die Angst vor dem Verhungern, sexuelle Übergriffe, Erniedrigung, Beschämung, Abhängigkeit, Überfahrt über das Mittelmeer und Todesangst sind einige Schrecken davon (Ebert, 2017; Baer & Frick-Baer, 2016).

Nach der Flucht bleibt für die meisten Flüchtlinge der traumatische Prozess beständig. Bei vielen sind die Folgen von den Traumata nach der Flucht ausgeprägter, als zur Zeit der akuten Verfolgung. In der *Exilphase* leben die Flüchtlinge weiterhin in großer Unsicherheit und fehlenden Perspektiven (Ebert, 2017). Es herrscht die große Angst, wieder zurück ins Heimatland geschickt zu werden, wo sie den Tätern ausgeliefert sind. Die Betroffenen erleben das Gefühl der Entwurzelung durch die ungewohnte Kultur und Sprache. Weitere problematische Faktoren sind die auftretende soziale Isolation und das Gefühl der ständigen Abhängigkeit. Orientierungslosigkeit, Verwirrung, Durcheinander, Hilflosigkeit überwiegen im Innenleben des Betroffenen (Baer & Frick-Baer, 2016). Die Hilflosigkeit und die Entmündigung, die die Flüchtlinge bereits durch Folter und Verfolgung kennen, werden durch die Asylsituation erneut erlebt. Dies führt häufig dazu, dass sich die Traumatisierung weiter vertieft (Birck, S. 161).

### 2.3.2. Notwendige erste Schritte im Exilland

Flüchtlinge, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, benötigen an erster Stelle Sicherheit, Schutz und Geborgenheit, die meistens nicht sofort gegeben sind. Der in der Heimat begonnene traumatische Prozess setzt sich fort und es kommt zu keiner Erholungsphase, die für die Betroffenen notwendig wäre. Die neuen Belastungssituationen im Exil führen zu einer Verschlechterung des Traumas (Gurris & Wenk-Ansohn, 2013; Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2017). Geflüchtete Menschen benötigen Unterstützung mit den aktuellen Belastungen, die im Exil entstehen. Eine psychotherapeutische Hilfe, um die traumatischen Erlebnisse bestmöglich verarbeiten zu können, ist ebenfalls vonnöten. „Besonders bei gewaltsamem Verlust oder dem Verschwinden naher Angehöriger [...], nach sexualisierter Folter oder Kriegsgewalt [...] oder auch bei der Auseinandersetzung mit Täteranteilen, ist die Behandlung oft besonders langwierig.“, erkennt Wenk-Ansohn (2017).

Flüchtlinge verspüren eine starke Hilflosigkeit in einer ihnen unbekanntem Gesellschaft. Zudem sind sie nicht mit deren Regeln und Normen vertraut. Das Verwaltungssystem in Österreich und Deutschland ist sehr verwirrend und benötigt zumeist mehrere Dienstleister. Außerdem kommt die starke Abhängigkeit gegenüber den Behörden sowie der geringe Einfluss auf deren Entscheidung hinzu. Dies führt zu einer Passivität und dem Gefühl der Ohnmacht.

„Gerade ein gewisses Maß an eigener Einflussnahme ist jedoch [...] für die Gesundheit des Menschen von elementarer Bedeutung, sodass dieser Schwebezustand sich immer stärker auf die Verfassung und psychische Situation der Klienten auswirkt, je länger er dauert“, erwähnt Ebert (2017, S. 40). Bei Folter- und Kriegsopfern kommt es häufig zu Konzentrationsschwächen und einer Einschränkung der Gedächtnisleistung, was den komplizierten Behördenprozess zusätzlich erschwert. Auch ist der Umstand zu berücksichtigen, „dass Asylantragsteller, die im Herkunftsland verhört und gefoltert worden sind, die vergangenen Verhörsituationen emotional mit der gegenwärtigen Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in Verbindung bringen können“ (Scheef-Maier & Haenel, 2017, S. 143).

## 2.4. Symptomatik

Neben den drei Hauptsymptomen Intrusion, Vermeidung/Betäubung und Hyperarousal treten auch Einzelsymptome auf, die vor allem bei Flüchtlingen bei Flucht-, Folter- und Kriegstraumatisierten entstehen. Die posttraumatische Belastungsstörung wird diagnostiziert, wenn über längere Zeit Einzelsymptome gemeinsam mit den Hauptgruppen an Symptomatik erscheinen (Hecker & Maercker, 2015). Mögliche Einzelsymptome werden im folgenden Kapitel aufgezählt.

### 2.4.1. Erstarren und Verstummen

Traumatische Erlebnisse können zum Verstummen und Erstarren der Person führen. Wie ausgeprägt die Folgen sind, hängt sehr stark von der Kultur und der Umgebung des Betroffenen ab. Für Frauen, die in traditionellen Gesellschaften aufgewachsen sind, hat Ehre und Scham eine zentrale Bedeutung. Sexuelle Übergriffe zielen genau darauf ab. Es ist die große Scham, die die Opfer zum Schweigen bringt, da das Ansprechen von Tabus (wie eine Offenbarung sexueller Gewalt) in vielen Kulturen als unsittlich gilt (Burnett & Peel, 2001; Abdallah-Steinkopff 2017).

Baer und Frick-Baer (2016) geben als weiteren Grund an, dass Flüchtlinge während der Flucht in Situationen geraten, in denen sie zu schweigen haben, da sie sich sonst durch Geräusche bemerkbar gemacht hätten. Solche Vorfälle können dazu führen, stumm zu werden und gar nichtmehr zu sprechen. Das Totschweigen kann auch in milderer Form auftreten: die Person spricht und erzählt zwar, es ist jedoch keine emotionale und seelische Beteiligung vorhanden. Die Beziehung zu Familienangehörigen zu pflegen fällt traumatisierten Personen oft schwer, da sie sich kaum mitteilen können (Baer & Frick-Baer, 2016).

### 2.4.2. Schlafprobleme

Während der Flucht stehen die Personen die meiste Zeit in Alarmbereitschaft. Der Erregungszustand ist währenddessen sehr hoch, um die vorhandenen Abwehrkräfte zu mobilisieren und mögliche Bedrohungen zu bewältigen. Meistens zieht sich die Flucht in ein anderes Land in die Länge und viele Gefahrensituationen kommen auf. Dies führt dazu, dass die Person dauerhaft in einem Zustand erhöhter Erregung verbleibt. Unruhe, extreme Anspannung und Hoherregung resultieren aus diesem Umstand und das spiegelt sich auch im Verhalten wieder. Schlafprobleme sind die Folgen von der gesteigerten Erregung, da der Körper und die Psyche zu keiner Entspannungsphase kommen (Baer & Frick-Baer, 2016). Das Einschlafen, sowie auch das Durchschlafen sind nachhaltig gestört. Die belastenden Träume und Alpträume, die die Betroffenen haben, tragen zu den großen Schlafproblemen bei (Maercker, 2013).

### 2.4.3. Aggressivität und Zurückhaltung

Die Innenwelt der Personen versucht den erhöhten Erregungszustand durch aggressives Verhalten zu senken. Betroffene erleiden Wutausbrüche, die bereits in harmlosen Situationen entstehen können. Was vor dem Trauma zu keinem aggressiven Ausbruch geführt hätte, reicht nun bei der hohen Erregtheit aus (Maercker, 2013). „Nicht zuletzt kann der Opfer-Status auch mit Täterschaft assoziiert sein“, gibt Resick (2003, S. 36) als weiteren Grund an. Wer immer wieder und auf lange Dauer menschlicher Gewalt ausgesetzt ist, kann dazu tendieren, ähnliches an anderen auszuleben. Baer und Baer-Frick (2016) machen darauf aufmerksam, dass Flüchtlinge in ihrer Heimat und auf der Flucht keinen anderen Weg als den Kampf erlebt haben und daher neue Möglichkeiten kennenlernen müssen, um sich zu entladen.

Im Kontrast dazu gibt es auch Flüchtlinge, die Aggression und Kampf vollkommen aus ihrem Leben streichen und Konflikte meiden. Sie wollen nicht in die verhasste Täterrolle schlüpfen, in der sie Macht ausüben könnten. Solch ein Verhalten kann ebenfalls Folge einer traumatischen Erfahrung sein. Sogar in Ausnahmesituationen oder in Begebenheiten, in denen Notwehr angebracht wäre, wird nicht reagiert. Es überragt ein Lebensgefühl der Ohnmacht, in der keine Regung passiert und auch kein Ausweg aus diesem Gemütszustand ersichtlich scheint. „Auch wenn diese Menschen nicht auffällig sind, so hat ihre innere Not doch ein enormes Ausmaß. Dieses Phänomen sollte nicht aus dem Blick geraten“ (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 20), betonen die Autoren.

#### 2.4.4. Konzentrationsschwäche

Durch das ungewohnte neue Umfeld und der fehlenden Ordnung im Leben herrscht eine starke Verwirrung bei Flüchtlingen. Selbst einfache Abläufe bereiten Betroffenen Schwierigkeiten (Maercker, 2013). Die eindringlichen Erinnerungen, die sehr präsent im Gedächtnis sind, lösen starke emotionale Reaktionen und Konzentrationsprobleme aus, die das Lernen und Arbeiten erschweren. Ebenso können Wissen und Informationen durch die Leistungsbeeinträchtigung nicht im Moment abgerufen werden, in dem sie benötigt werden (Resick, 2003). Das Gehirn fühlt sich durch die Schreckensbilder überlastet, sodass keine neuen Informationen zugelassen werden (Baer & Frick-Baer, 2016).

#### 2.4.5. Angstgefühl

Im Normalfall ist Angst ein Übergangsgefühl, welches zwischen der bedrohlichen Situation und der Bewältigung der Bedrohung auftritt. Bei Flüchtlingen, die sich in Situationen befunden haben, in denen sie sich hilflos und ausgeliefert gefühlt haben, verliert die Angst ihren Zweck. Es sind Situationen, die enorme Angst bereiten, jedoch keine Möglichkeiten der Bewältigung erlauben. Die traumatische Angst ist kein Übergangsgefühl, weil sie auf keine bestimmte Situation gerichtet ist. Das Gefühl des Angsthabens verselbstständigt sich und wird zum Dauerzustand. Angstattacken treten deshalb bei Flüchtlingen auch nach der Flucht auf und das in Momenten, in denen diese für Außenstehende nicht nachvollziehbar sind. Die schrecklichen und bedrohlichen Erfahrungen setzen sich im Gehirn und Körper fest (Baer & Frick-Baer, 2016). Schon leichte Geräusche oder Bewegungen können zu übermäßigen Schreckreaktionen führen. Das Traumagedächtnis arbeitet über Ähnlichkeiten. Schlüsselreize können Gegenstände, Geräusche, Düfte, Jahrestage, Filme und ähnliches sein und jeder einzelne dieser Reize kann eine belastende Erfahrung wachrufen (Maercker, 2013).

#### 2.4.6. Körperliche Störungen

Traumatische Erlebnisse beeinflussen neben dem Verhalten und den Gefühlen die körperliche Gesundheit einer Person. Der Körper ist das Objekt und die Zielscheibe von Folter und Gewalt. Betroffene empfinden ihren Gesundheitszustand als schlechter und berichten von körperlichen Symptomen. Dabei handelt es sich um eine Reaktion des Körpers als Folge der Posttraumatischen Belastungsstörung. „Bei Patienten mit einer PTBS-Diagnose sind oft anhaltende Müdigkeit, akute und chronische Kopf- und Rückenschmerzen, Muskelverspannungen Ausdruck ihrer Anspannung und Übererregung“ (Vyssoki & Strusievici, 2004, S. 35).

Resick (2003) zählt auf, dass viele Flüchtlinge über Herz-Kreislauf-Störungen, Schmerzen im Rückenbereich, Muskel- und Knochenprobleme sowie dermatologischen Problemen klagen. Des Weiteren stellt er fest, dass Frauen, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, medizinische Dienste doppelt so oft in Anspruch nehmen, als Frauen ohne solcher Erfahrungen.

## 2.5. Interkulturelle Besonderheiten

Burnett und Peel (2001) machen darauf aufmerksam, dass die Auswirkungen der Symptome von den kulturellen und sozialen Faktoren abhängen. Die psychologisch-klinische Diagnostik orientiert sich jedoch an einer westlichen Krankheitsvorstellung. Zu bedenken ist deshalb der interkulturelle Kontext, da kulturelle Hintergründe, die kognitiven Fähigkeiten und das Weltbild des Flüchtlings die Diagnostik beeinflussen (Stammel & Böttche, 2017; Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2017). Aus diesem Grund müssen die Symptome im Kontext betrachtet werden und die Bedeutung der Aussagen des Betroffenen ist zu hinterfragen (Burnett & Peel, 2001).

Eine weitere Herausforderung für die Diagnostik ist das subjektive Krankheitsempfinden und die Einordnung der Erkrankung. Diese „unterscheiden sich je nach kulturellem Hintergrund“ (Scheef-Maier & Haenel, 2017, S. 144). Die Autoren bemerken zudem, dass Klient/innen ihre Symptome oft auf den Körper beziehen und psychische Prozesse somatisch präsentieren. Meistens werden psychische Beschwerden durch übernatürliche Ursachen erklärt (Scheef-Maier & Haenel, 2017).

## 3. Gegenstandsbeschreibung Emotion und Stimmung

Die Geschichte der Emotionspsychologie ist sehr lang und setzt bereits im vorchristlichen Jahrhundert an. Ihre Wurzeln finden sich in der Philosophie wieder, die sich von Anbeginn mit dem Phänomen befasste. Die frühesten Überlegungen kommen vermutlich von Aristoteles (384 – 322 v. Chr.). Die Psychologie entwickelt sich Ende des 19. Jahrhundert aus der Philosophie heraus und greift die Thematik auf. Obwohl sich über den langen Zeitraum Unmengen an Aussagen und Erklärungen über Emotionen angesammelt haben, gehört sie dennoch zu einer der umstrittensten Bereiche in der Psychologie (Mayring, 2003a; Schmidt-Atzert, 1981).

### 3.1. Definition von Emotion

Aufgrund der Vielfalt an Auffassungen ergibt sich das Problem, eine präzise, übereinstimmende Definition von Emotion zu erschließen. Deshalb gehört die Emotion, trotz jahrelanger Geschichte, zu den am mangelhaftesten definierten Konstrukten in der Psychologie. Die Problematik wird vor allem durch die Menge der weiteren Benennungen von Emotion erschwert, wie „z.B. Gefühl, Affekt, Gemütsbewegung, Stimmung, Gemütszustände, Sentiments, Leidenschaften“ (Mandl & Euler, 1983, S. 5). Diese Begriffe benötigen für eine genauere Differenzierung ihre eigene, exakte Definition (Mandl & Euler, 1983). Schmidt-Atzert (1981) stellt fest, dass vor allem die Bezeichnungen Stimmung, Affekt und Gefühl oft mit dem Wort Emotion gleichgesetzt werden. Grundsätzlich kann die Emotion als Oberbegriff für Affekt, Gefühl, Stimmung usw. betrachtet werden, weil sie eine umfangreichere und globalere Bedeutung aufweist (Ulich, 2003a).

### 3.2. Definition von Stimmung

Die Stimmung stellt eine Subkategorie der Emotion dar. Zwei wesentliche Merkmale zeichnen die Stimmung aus. Erstens besitzt sie eine allgemeine *Informationsfunktion* und kann als ein inneres Signal betrachtet werden, welches die aktuelle Lebenssituation einschätzt und diese als positiv oder negativ registriert. Zweitens wirkt sich die Stimmung auf die *Handlungsmotivation* aus. Bei einer positiven Stimmung zählt die Aufrechterhaltung des Zustands als Motiv des Handelns. Bei negativer Stimmung wird die benötigte Antriebskraft geleistet, um sich mit der Situation aktiv auseinanderzusetzen oder sich dieser zu entziehen (Abele, 1995; Parkinson et al., 2000). Der Versuch Stimmung von Emotion zu trennen, erbringt folgende Definition für Stimmung: „Eine Stimmung wird entweder als angenehm oder als unangenehm empfunden, dauert für gewöhnlich länger als einige Sekunden und hat normalerweise keinen klar definierten Anfang, sondern entwickelt sich graduell“ (Parkinson et al., 2000, S. 22).

### 3.3. Unterschied zwischen Emotion und Stimmung

Eine Unterscheidung zwischen Emotion und Stimmung ist hilfreich, da es verwandte Konzepte sind. Beide beinhalten Affektzustände, die die Grunddimension angenehm und unangenehm beinhalten. Wörter wie glücklich oder traurig beschreiben die Stimmung, können aber zeitgleich auch zur Beschreibung einer Emotion verwendet werden. Parkinson und Mitwirkende (2000) heben deshalb sechs Merkmale hervor, die den Unterschied zwischen der Emotion und der Stimmung ausmachen.



1. *Die Dauer.* Stimmungen halten länger als Emotionen. Emotionen können nach einigen Sekunden oder Minuten verfliegen, während die Stimmung bis zu Wochen andauern kann. Hier könnte das Gegenargument fallen, dass die Trauer beispielsweise eine Emotion ist, die ebenso eine längere Dauer aufweist. Doch bei genauerer Betrachtung bestehen in Wirklichkeit solche länger währenden emotionalen Phasen aus wiederholten einzelnen emotionalen Reaktionen, die wiederum von kurzer Dauer sind und nur die gesamte Phase als langanhaltend empfunden wird (Parkinson et al., 2000).

2. *Das zeitliche Muster.* Im Gegensatz zu Stimmungen, haben Emotionen einen klaren Anfang und ein Ende. Die Stimmung erscheint ein begleitendes Phänomen zu sein, welches sich langsam verändert und sich im Hintergrund des Bewusstseins abspielt. „Fachspezifisch ausgedrückt sind Emotionen akuter und phasischer, während Stimmungen eher chronisch und tonisch sind“ (Parkinson et al., 2000, S. 17).

3. *Die Intensität.* Emotionen werden relativ stark erlebt, die sich schnell wieder lösen, während Stimmungen als schwächer wahrgenommen werden (Parkinson et al., 2000).

4. *Die Ursachen.* Emotionen beziehen sich auf bestimmte Inhalte oder Ereignisse. Die Stimmung hingegen hängt von den allgemeinen Lebensumständen ab und entsteht durch eine Verkettung kleinerer Ereignisse. „So löst der Tod eines nahestehenden Menschen vielleicht ein Gefühl von Trauer aus, während eine depressive Stimmung eher eine Unzufriedenheit mit dem Leben im allgemeinen widerspiegelt“, geben Parkinson und Mitarbeiter (2000, S. 18) als Beispiel an.

5. *Die Funktion.* Während die Emotion Informationen über den aktuellen Zustand durch die Außenwelt liefert, signalisiert die Stimmung den derzeitigen Zustand des Inneren.

6. *Die Gerichtetheit.* Emotionen sind auf konkrete Ereignisse gerichtet, Stimmungen dagegen nicht. Sie veranschaulichen eher eine allgemeine Gemütsverfassung. Sobald ein Individuum über eine bestimmte Sache traurig ist, spricht man von der Emotion. Wenn sich das Individuum ohne konkretem Anlass allgemein traurig fühlt, befindet sich die Person in einer traurigen Stimmung (Parkinson et al., 2000).

### 3.4. Entstehung einer Emotion

Wie es zu der Entstehung einer Emotion kommt, fasst Ulich (2003a) anhand bestimmter Komponenten zusammen:

1. Ein *Ereignis*, das können auch nur Gedanken oder Erinnerungen sein, wird wahrgenommen und löst eine Gefühlsreaktion aus.

2. Das *Ereignis-Typ* wird von Mensch zu Mensch unterschiedlich aufgefasst und ist durch die Kultur bedingt.

3. Die persönliche *Einschätzung* und Bedeutung des Ereignisses.
4. Der *situative Kontext* beeinflusst die Reaktion, so schämt man sich vielleicht eher in der Gruppe.
5. Von der momentanen *Verfassung* des Individuums.
6. Durch die *Disposition* des Individuums zur Wahrnehmung bestimmter Gefühlszustände, sodass beispielsweise eher Scham als Ärger erlebt wird.
7. Durch die *Regulation* werden Gefühlszustände entweder unterdrückt oder gesteigert. Persönliche Erfahrungen und kulturelle Gegebenheiten können die Regulationsstrategie beeinflussen.
8. Gefühlsreaktionen können von *physiologischen Reaktionsmustern*, wie zum Beispiel Herzklopfen begleitet oder auch verstärkt werden.
9. Das emotionale *Ausdrucksverhalten*, beispielsweise durch Mimik, kann verstärkend oder abschwächend wirken.
10. Die *Handlungsbereitschaft* steigt um Wohlbefinden zu erlangen oder um das Problem zu bewältigen.

Die Komponenten eins bis sechs werden als „konstitutive“ Elemente der Gefühlsentstehung bezeichnet. Sieben bis zehn sind „fakultative“ Elemente, da hier kein Zwang vorhanden ist und dem Individuum freisteht, diese auszuüben (Ulich, 2003a).

Konstitutive Komponenten	Fakultative Komponenten
1. Ereignis	7. Regulation
2. Ereignis-Typ	8. Physiologische Reaktionsmuster
3. Einschätzung	9. Ausdruck
4. Situation	10. Handlungsmotivation
5. Momentanverfassung	
6. Dispositionen	

Die allgemeinen Komponenten tabellarisch zusammengefasst (Ulich, 2003a, S. 50)

### 3.4.1. Emotionale Schemata

Bereits im Kindesalter werden Erfahrungen gesammelt, die für das Handeln zuständig sind. Das allgemeine Schema wird an Situationen und Gegenständen angepasst, sodass es zu stetiger Veränderung im Schema kommt. Erst durch langfristige Wiederholungen der Aktivitäten bei gleichen oder ähnlichen Erfahrungen, wird ein Schema verfestigt und charakteristische Handlungsweisen entstehen. Ulich beschreibt ein Charakteristikum der emotionalen Schemata wie folgt:

„Auch emotionale Schemata machen aus Verschiedenen immer wieder Gleiches, indem sie Bedeutungsäquivalenzen stiften, also heterogene „Reize“ zu Klassen von Auslösern derselben Gefühlsqualität zusammenfassen. Obwohl jedes einzelne Gefühlserlebnis „einzigartig“ ist, können Teile desselben doch aufgrund von Ähnlichkeiten zu anderen in Beziehung gesetzt, als „typisch“ für eine bestimmte Gefühlsqualität (z.B. Mitgefühl) erkannt und erlebt, also als Realisierung einer wiederkehrenden Form verstanden werden“ (2003b, S. 92).

Emotionale Schemata dienen der psychischen Strukturierung und Stabilisierung des Fühlens. Sie nehmen durch die emotionale Bedeutung des Ereignisses Bezug zum aktuellen Erleben und ermöglichen eine schnelle, unbewusste und automatische Bewertung und Einschätzung der Situation. Folglich entstehen individuelle Stile der Informationsverarbeitungen. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf bedeutsame/ bedrohliche und weniger bedeutsame/ weniger bedrohliche Ereignisse. So werden gewohnheitsgemäß bestimmte Reize beachtet und andere unberücksichtigt gelassen. Ob emotionale Reaktionen wirklich ausgelöst werden, hängt daher von der subjektiven Bedeutsamkeit ab. Es findet eine Reiz-Selektion und Bedeutsamkeitszuschreibung statt. Den Prozess der Entstehung von Gefühlszuständen wird als Aktual- oder Mikrogenese bezeichnet, der folgendermaßen beschrieben wird: „Die Aktualgenese wird durch ein Ereignis ausgelöst, das Schemata und Zuschreibungsdisposition aktiviert. Die aktuelle Informationsverarbeitung wird auch durch objektive Ereignismerkmale [...] sowie durch Momentanverfassung der Person und Kontextmerkmale mit beeinflusst“ (Ulich, 2003b, S. 117). Die Aktualgenese besteht hiernach aus zwei Komponenten und zwar der persönlichen Disposition und den emotionalen Schemata. Das ist auch der ausschlaggebende Grund der interindividuellen Unterschiede von den Gefühlsreaktionen auf dasselbe Ereignis. Die Reaktion hängt von individuellen Handlungszielen sowie deren Werte ab. Deren Wissen, die Bewertung der Situation und individuelle Relevanzkriterien spielen gleichfalls eine Rolle für die emotionale Reaktion. Es entwickelt sich eine Differenzierung zwischen den Eigenschaften, welches als „trait“ oder dem Zustand „state“ bezeichnet wird. Wenn ein Individuum eine Eigenschaft aufweist, die relativ zeitstabil ist, so ist von „trait“ die Rede, andernfalls ist es eine Zustandsemotion „state“. Bei gleichzeitiger Aktivierung mehrerer Schemata können Gefühlsmischungen auftreten (Ulich, 2003b).

### 3.5. Systematische Ordnung der Begriffe

Die deutsche Sprache besitzt zahlreiche Affektbezeichnungen. Um sich einen Überblick in der Menge zu verschaffen, wurde eine systematische Ordnung ausgeführt. Die Verfahren der *Grunddimensionen* oder der *Klasseneinteilung* von Emotionen kommen der Problematik entgegen, indem sie zur Reduktion der Emotionen verhelfen und eine bessere Übersicht gewährleisten (Schmidt - Atzert, 1981; Traxel, 1983).

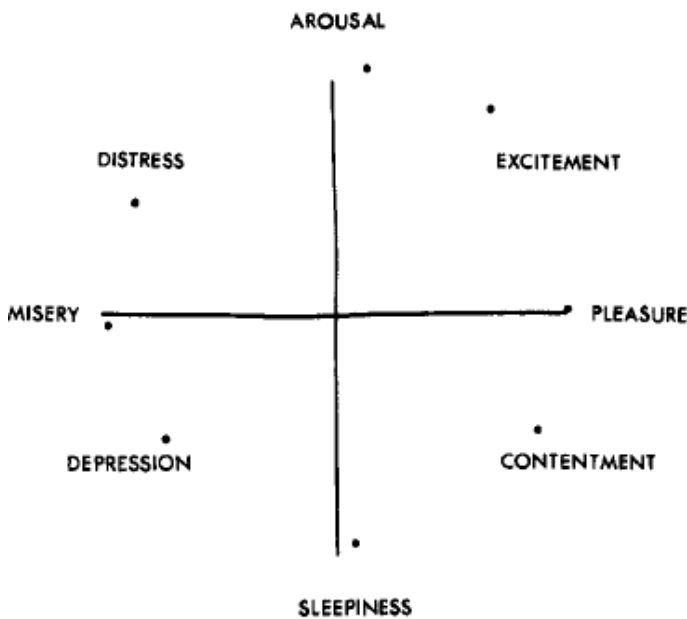
#### 3.5.1. Grunddimensionen der Emotionen

Ein Blick auf die Vielfalt der Emotionsbezeichnungen zeigt, dass sich einige Emotionen sehr ähneln, wie zum Beispiel die Furcht und die Angst. Andere Benennungen hingegen unterscheiden sich stark voneinander, wie beispielsweise die Liebe zu dem Hass. Der Ansatzpunkt bringt die Frage auf, worin die Gleichheiten und die Gegensätzlichkeit bestehen (Schmidt-Atzert, 1981). Traxel (1983) startet einen empirischen Versuch, mit dem Ziel eine allgemeine Beschreibungsdimension zu erstellen. Dafür legt er Menschen eine Auswahl von Emotionswörtern vor, die nach ihrer Ähnlichkeit beurteilt werden. Er kommt zu dem Schluss, dass die Bedeutungsdimension Lust-Unlust, sowie der Dimension der Aktivierung valide Werte sind, um Emotionsbegriffe zu benennen. Die beiden Bedeutungsdimensionen gelten gleichermaßen für die Beschreibung von Stimmungen. Das liegt daran, dass die Bezeichnung von Stimmungen ebenso wie für Emotionen angewendet werden (Parkinson et al., 2000). Dadurch ergibt sich die Schwierigkeit spezielle Strukturmodelle für die Stimmungen zu entwerfen. Andererseits werden die zwei wesentlichen Merkmale der Stimmung durch die Dimensionen Lust-Unlust (angenehme-unangenehme Stimmung) und der Aktivierungsdimension (Handlungsmotivation) abgedeckt (Abele, 1995; Parkinson, et al., 2000). Die beiden Dimensionen sind weiters für unterschiedliche Kulturen gültig (Parkinson et al., 2000).

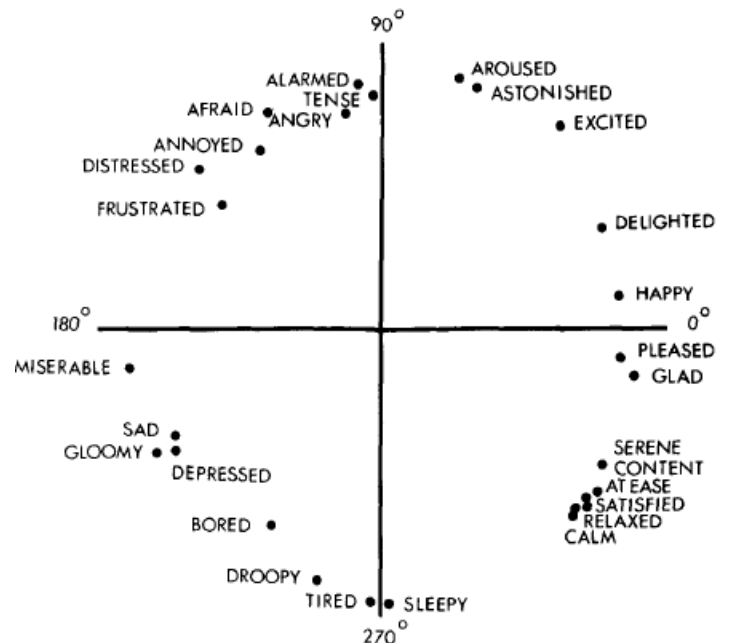
##### 3.5.1.1. *Circumplex-Modelle der Affektstruktur*

Beobachtungen von Affektstrukturen werden durch Koordinaten einzelner Gefühlszustände bestimmt. Die Dimensionen implizieren dabei die Koordinaten. Die einflussreichsten Modelle werden kreisförmig gehalten. So erkennt Russell (1980) die Sicherheit der beiden Dimensionen Lust-Unlust und der Aktivierung und erstellt auf diesen beiden Dimensionen das Circumplex-Modell. Das Modell wird entweder zum Selbstbericht oder zur Beurteilung des emotionalen Zustandes einer anderen Person genutzt. Die waagrechte Dimension ist die Aufteilung von Lust-Unlust und die senkrechte Dimension gibt den Aktivierungsgrad an.

In einer empirischen Studie lässt Russell insgesamt 28 Emotionsbegriffe in acht Kategorien gliedern, die er schließlich im Kreismodell ordnet. Emotionsbegriffe die eine ähnliche Bedeutung haben, stehen nebeneinander auf der Kreislinie, während unähnliche Bezeichnungen gegenüberliegen. Alle Begriffe, die emotionale Zustände beschreiben, können präzise durch die kombinierten Werte von Aktivierung und Wohlbefinden (Lust-Unlust) an irgendeinem Punkt im Circumplex-Modell lokalisiert werden (Russell, 1980).



**Abb.1:** Positionierung der acht gebräuchlichen Affektbegriffe im Circumplex-Modell



**Abb.2:** Direkte zirkulare Skalierung der 28 Affektwörter

### 3.5.2. Klasseneinteilung der Emotionen

Neben den Dimensionen werden für eine bessere Überschaubarkeit Emotionswörter in Klassen geordnet. In einer Studie mussten Testpersonen eine umfangreiche Liste von Emotionsbegriffen gruppenweise nach deren Ähnlichkeit einteilen. Es bilden sich insgesamt achtzehn eigenständige Emotionskategorien, die inhaltlich näher beschrieben werden. Zur weiteren Übersicht wurden die achtzehn Emotionen wieder in vier Gruppen gegliedert: „Zuneigungsgefühle, Abneigungsgefühle, Wohlbefindensgefühle und Unbehagensgefühle“ (Mayring, 2003b, S. 151).

Zu den achtzehn Basisemotionen gehören:

- *Liebe, Sympathie, Bindungsgefühl*. Sie werden als sehr positiv und intensiv erlebt (Mayring, 2003b).

- *Stolz, Selbstwertgefühl*. Stolz ist das Erfahren des eigenen Wertes. Er nimmt eine bedeutende Stelle in der Handlungsmotivation ein (Mayring, 2003b).

- *Überraschung, Schreck*. Eine unerwartete Veränderung führt zu einer vorübergehenden emotionalen Reaktion. Die Überraschung wird mit positiven, angenehmen Momenten assoziiert, während der Schreck sich eher auf bedrohenden, unangenehmen Situationen bezieht (Mayring, 2003b; Voss, 1983).

- *Ekel, Abscheu*. Der Ekel ist eine unangenehme emotionale Reaktion. Die Person ist angewidert und kann das Gefühl der Übelkeit mit sich ziehen. Meistens geht sie mit den Emotionen Verachtung und Ärger einher (Mayring, 2003b).

- *Ärger, Wut, Zorn*. Sie sind oft mit aggressivem Verhalten begleitet. Bei Ärger handelt es sich um eine fundamentale Emotion, die in allen Kulturen und im Tierreich erlebt wird. Das Individuum erlebt sich als belästigt und extrem übererregt, angespannt und reizbar. „Man hat das Gefühl zu platzen, wenn man nicht etwas gegen den Ärgerauslöser tut“ (Mayring, 2003b, 161f). Wenn Ärger nicht nur vereinzelt vorkommt („State“-Ärger“), sondern bereits zu einem Persönlichkeitsmerkmal („Trait“-Ärger) eines Individuums geworden ist, kann dies zu psychosomatischen Störungen oder Depressionen führen, vor allem wenn der Ärger unterdrückt wird. Den negativen Gefühlen kann man therapeutisch in Form von Sport oder mit künstlicher Aktivität entgegenwirken (Kutter, 1983; Mayring, 2003b).

- *Angst, Furcht*. Unter Furcht ist ein bewusster Erregungszustand während eines gefährlichen Ereignisses zu verstehen. Angst hingegen wird eher als unspezifisches, übergeordnetes, globales Gefühl betrachtet (Mayring, 2003b; Schwarzer, 1983). Die Emotion Angst gehört zu den am häufigsten verursachten psychischen Störungen, gleichwie die posttraumatische und die akute Belastungsstörung (Mayring, 2003b). Mayring beschreibt das Erleben von Angst mit den Worten: „Bei Angst wird eine unspezifische, starke Beunruhigung erlebt; man fühlt sich beengt [...], gespannt, nervös, hat ein flaeses Gefühl im Magen; man fühlt sich allein, unsicher, unzulänglich“ (2003b, S. 164).

- *Eifersucht*. Es wird der Alleinbesitz einer Person angestrebt. In der Eifersucht entstehen viele negative Gefühle, sie wird als Verletzung des Selbstwertgefühls erlebt (Mayring, 2003b).

- *Neid*. Das Bedürfnis entsteht, das zu haben, was die andere Person besitzt. Die Emotion wird meistens von vielen negativen Gefühlen begleitet (Mayring, 2003b).

- *Lustgefühl, Genuss erleben*. Lust und Unlust wurden in der Emotionspsychologie über lange Zeit als Erlebnisqualitäten angesehen. Dabei bilden sie ganz eigenständige Emotionen. Die Lust beinhaltet viele angenehme Gefühle und wird als lebendiges Dasein erlebt (Mayring, 2003b).

- *Freude*. Die Freude bringt im Gegensatz zu der Lust eher ein allgemeines, situationsspezifisches Wohlfühlen (Mayring, 2003b). Der Ausdruck der Freude ist durch Mimik und Gestik deutlich sichtbar und bei Erwachsenen sowie Kindern aus verschiedenen Kulturen größtenteils ähnlich (Tunmer, 1983).

- *Zufriedenheit*. Die Zufriedenheit ist ein langanhaltendes Gefühl (trait), da sie aus mehreren positiven Erfahrungen resultiert. Zufriedenheit wird dabei nicht so intensiv wie andere angenehme Emotionen wie Lust oder Freude erlebt. Dieser Zustand hält sich eher im Hintergrund und wird als entspannt, ruhig und friedlich erlebt (Mayring, 2003b).

- *Glück*. Glück umfasst das Gefühl tiefen Wohlbefindens. Es ist von extrem positiven Gefühlen begleitet und wird als ruhig, harmonisch und friedlich erlebt (Mayring, 2003b).

- *Niedergeschlagenheit, Trauer, Kummer*. Niedergeschlagenheit hat einen starken Einfluss auf die allgemeine Stimmung, sodass es schnell zu einer missmutigen Lebensgrundstimmung kommen kann. Wenn die Emotion chronisch wird, kann dies sogar zu Verzweiflung und Depression führen und positive Gefühle ausblenden (Mayring, 2003b). Unter Trauer ist die emotionale Reaktion von schwerem Verlust oder einer Trennung einer geliebten Person zu verstehen (Hoffmann, 1983; Mayring, 2003b).

- *Scham*. Die Scham ist eine unlustbetonte Gefühlsreaktion. Dabei wird etwas öffentlich, was man lieber geheim halten wollte oder Erwartungen werden nicht erfüllt. Hilflosigkeitsgefühle, Angstgefühle und sich entmutigt fühlen sind Beschreibungen für diese Emotion (Kutter, 1983; Mayring, 2003b).

- *Schuldgefühl*. Die Schuldgefühle entstehen durch einen klaren Regelverstoß. „Schuldgefühle sind quälende Empfindungen, Unrecht getan zu haben, moralische, ethnische oder religiöse Regeln verletzt zu haben“, fasst Mayring (2003b, S. 183) zusammen.

- *Langeweile, Müdigkeit, Leere*. Es wird zwischen der trait- und state- Langeweile unterschieden. Die gegenwärtige state-Langeweile hat die positive Funktion alte Tätigkeiten durch neue, kreative zu ersetzen. Hingegen kann die Zustandslangeweile zu Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, bis hin zum Lebensekel und depressiver Hoffnungslosigkeit führen. Langeweile wird im Allgemeinen mit negativen Gefühlen, z.B. müde, dumpf, freudlos in Verbindung gebracht (Mayring, 2003b).

- *Anspannung, Nervosität, Unruhe, Stress*. Die Anspannung ist mit unangenehmen Gefühlen verbunden (Mayring, 2003b).

- *Einsamkeitsgefühl*. Die Einsamkeit führt zu leichten Stimmungsdämpfer, kann aber auch zu starken negativen Gefühlen führen, die bis zur Feindseligkeit gegenüber anderen Menschen reicht. Auftretende Gefühle der Einsamkeit sind „schmerzvoll verletzt, verstoßen, zurückgesetzt, verbittert oder wehmütig, sehnsuchtsvoll, sich verzehrend oder auch angstvoll, verzweifelt“ (Mayring, 2003b, S. 189).

### 3.6. Kultureller Einfluss auf die emotionale Entwicklung

Bereits als Kind werden bestimmte emotionale Zustände durch die Sozialisation bevorzugt. Ein Kind, welches in der euro-amerikanischen Kultur aufwächst, erlebt in der Erziehung Werte wie Wohlbefinden, Unversehrtheit und Glück. „Entsprechend der hohen Wertschätzung positiver Emotionen fördert die Mutter diese bei ihrem Kind, sie vermeidet Überregung, sie versucht, negative Gefühlszustände rasch in positive umzuwandeln. Sie möchte ihrem Sohn auch zu Selbstständigkeit und Autonomie verhelfen“, beschreibt Ulich (2003c, S. 138). Nicht in jeder Kultur sind genau diese Werte von Bedeutung. In manchen Kulturen werden emotionale Ausdrücke nicht gefördert und das Verstärken von positiven Emotionen fällt weg. Auf das Entwickeln eines lebendigen Gefühlslebens wird keine Rücksicht genommen. So skizziert Ulich unter anderem die Erziehung von den Müttern der Bantu in Kenia:

„Die Interaktionen zwischen den Erwachsenen sind so geregelt, dass Äußerungen intensiver Emotionen unterbleiben; weder ausgeprägte positive noch negative Gefühle sind beobachtbar. Der Gesichtsausdruck ist höflich-neutral, Blickkontakt wird vermieden. Auch im Kontakt mit dem Kind vermeidet die Mutter längeren Blickkontakt, sie ist emotional sehr zurückhaltend, es gibt keine mimischen Interaktionsspiele wie in euro-amerikanischen Kulturen. Die Mütter vermeiden Spiele, durch welche die Kinder übermäßig in Aufregung geraten könnten. Sie tun alles, um die Emotionalität der Kinder zu dämpfen, um jede Art von Erregung sofort zu unterbinden“ (Ulich, 2003c, S. 139).

Jede Kultur betrachtet andere Emotionen als wertvoll und wichtig. Sie passen sich den Wertvorstellungen der Sozialisation an. Dies ist auch an der jeweiligen Sprache und deren Wortschatz bezüglich der Emotionsbegriffe zu beobachten. Je nach Bedeutsamkeit sind bestimmte Emotionen entweder über- oder unterpräsentiert (Ulich, 2003c). Ergebnisse zeigen, dass je mehr sich die Kulturen voneinander unterscheiden, desto unterschiedlicher sind die Emotionsvorstellungen. Trotz gleicher emotionaler Bezeichnung enthält sie eine andere Befindlichkeit: „Aus diesen Kultur- bzw. Sprachvergleichen geht deutlich hervor, daß sich hinter den Emotionswörtern verschiedener Sprachen nicht immer die gleichen Phänomene verbergen können“ (Schmidt-Atzert, 1981, S. 50). Ob Emotionsausdruck von Kultur zu Kultur anders ist, ist umstritten. Einige Gesichtsausdrücke werden jedenfalls von allen Kulturen identifiziert. Dazu gehören: „Freude, Traurigkeit, Ärger, Ekel, Überraschung und Furcht“ (Schmidt-Atzert, 1981, S. 92), die eine genetische Bedingtheit darlegen. Ob dies auf weitere Gesichtsausdrücke zutrifft, ist noch ungewiss (Schmidt-Atzert, 1981).



### 3.7. Emotionsbezogener Schmerz

Psychische und somatische Phänomene stehen einander in Wechselwirkung. Der Schmerz kann trotz Fehlen von Gewebsschädigung und nachweisbarer körperlicher Störung erlebt werden. Er wird subjektiv empfunden und kann Außenstehenden nur verbal geschildert werden.

Inwieweit das *akute Schmerzerleben* eine Begleiterscheinung der Emotion und Kognition ist, hängt von den Persönlichkeitsmerkmalen der Person ab. Informationen über die emotionale Verfassung werden anhand der Ängstlichkeit, der Erwartungshaltung und der Situationsbewertung herangezogen. Die akute Schmerzerfahrung hängt weiters von der physiologischen Aktivierung ab. Das Individuum erlebt bei mittlerer Erregung Schmerz viel stärker. Sobald sich das Individuum unter einer extremen Aktivierung befindet, wie dies beispielsweise bei Furcht oder Stress der Fall ist, wird das Schmerzempfinden weniger wahrgenommen.

Beim *chronischen Schmerz* spielt die Emotion eine bedeutende Rolle, da sie organisch den Schmerz nicht begründen kann. Der chronische Schmerz ist ein emotionaler Ausdruck von andauerndem Kummer. Menschen, die an chronischem Schmerz leiden, weisen oft eine affektive Störung, wie z.B. Depression oder Angstzustände auf und haben zumeist Schwierigkeiten, sich auf den Ausdruck von Gefühlen zu beziehen (Keeser & Bullinger, 1983).

### 3.8. Stimmungskongruenz

Eine angenehme Stimmungslage führt zu einer positiven Lebenseinstellung, während eine unangenehme Stimmungslage entgegengesetzliches bewirkt. Dieses Phänomen wird als Stimmungskongruenz bezeichnet, welches Wahrnehmung, kognitive Prozesse und Gedächtnis und das Urteilsvermögen durch die Stimmungstönung beeinflusst (Abele, 1995; Parkinson et al., 2000).

„In positiver Stimmung beurteilt man sich und seine Lebensumstände positiver, beurteilt andere Menschen positiver, ist hilfsbereiter und kontaktfreudiger als in Durchschnittsstimmung; in schlechter Laune ist man mit dem eigenen Gesundheitszustand unzufriedener, traut sich weniger zu, ist pessimistischer, weniger hilfsbereit und kontaktärmer als in Durchschnittsstimmung“ (Abele, 1995, S. 54).

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Stimmung und Leistung. Menschen in positiver Stimmung schätzen den Erfolg für ihre Aktivität höher ein und erweisen tatsächlich eine bessere Leistung bei Assoziations- und Kreativitätsaufgaben. Hingegen treten pessimistische und dysfunktionale Erwartungen bei negativer Stimmung auf. Da die Kreativität bei negativer Stimmung weniger vorhanden ist, liegt an der beanspruchten kognitiven Kapazität, die für die Stimmungsbewältigung genutzt wird.

Während bei schlechter Stimmung über die inneren Prozesse nachgedacht wird, ist bei guter Stimmung die Aufmerksamkeit nach außen gerichtet, da intern kein Regulationsbedürfnis besteht. „Die affektive Lage hat einen deutlichen Einfluß auf Situationserleben und –bewältigung, den Denkstil und die Leistung“, fasst Abele (1995, S. 43) zusammen.

### 3.9. Änderung von Emotionen und Stimmung

„Die Änderung emotionalen Befindens ist wohl das häufigste Ziel, mit dem Menschen psychotherapeutische Hilfe aufsuchen. Das Wissen um Wirksamkeit und Grenzen von Strategien zur Beeinflussung von Emotionen stellt daher eine wichtige Grundlage therapeutischen Vorgehens dar.“, erkennen Rötzer und Zimmer (1983, S. 306). Im Zentrum steht das Ziel, die emotionale Befindlichkeit zu verändern, sowie der Weg, der zu der Veränderung führen soll. Der Weg zeichnet sich entweder durch eine Veränderung im Verhalten, eine Veränderung in der kognitiven Verarbeitung oder dem Einfluss auf somatische Prozesse aus (Rötzer & Zimmer, 1983).

#### 3.9.1. Wirksame Verfahren

Befindet sich eine Person in schlechter und unerwünschter Stimmung, wird der aktive Versuch gestartet, dies zu ändern. Vielfältige Methoden sind vorhanden, die für die Steuerung der Stimmung angewendet werden. So gelten alle Formen, die den Stimmungszustand beeinflussen als ein stimmungsregulierender Prozess. Die Methoden visieren nicht nur ein Wechsel an, sondern dienen auch zur Aufrechterhalten einer Stimmung.

Es wird zwischen kognitiven Strategien und Verhaltensstrategien unterschieden, die zur Abmilderung von schlechten Stimmungen angewendet werden. Tabellarisch wird ein Teil der Strategien zusammengefasst:

<i>Art der Strategie</i>	<i>Strategiebeispiel</i>
<i>Kognitive Strategien</i>	
An etwas Schönes denken	Ich denke an Dinge, die mich glücklich machen
Antizipation	Ich denke an ein künftiges Ereignis, auf das ich mich freue
Positives Denken	Das Leben von seiner heiteren Seite betrachten
Neu-Interpretation	Ich denke an Leute, denen es noch schlechter geht als mir
Entspannung	Meditieren
Rationale Erklärung	Ich versuche, meine Gefühle zu verstehen
Akzeptanz	Ich gebe mich meiner schlechten Stimmung hin
Vermeidung	Ich versuche, meine schlechte Laune zu ignorieren

### *Verhaltensstrategien*

Angenehme Dinge tun	Ich kaufe mir was Schönes
Einsatz von Stimulanzien	Eine Tasse Kaffee trinken
Körperliche Betätigung	Joggen
Entspannung	Eine Pause einlegen
Ablenkung	Beschäftigt bleiben
Problemgerichtet	Ich versuche, das Problem zu lösen
Sozial ausgerichtet	Ich erzähle jemandem, wie ich mich fühle
Expressiv	Ich tu so, als wär ich gut drauf
Gefühle herauslassen	Dampf ablassen
Rückzug	Ich bleibe eine Weile für mich allein

---

(Parkinson et al., 2000, S. 184).

Die Strategien sind je nach Situation und Charakteristika der Person unterschiedlich wirksam. Dementsprechend soll individuell die passende Strategie ausgesucht werden, mit dem Ziel das Wohlbefinden zu fördern. Zu den fünf effektivsten Strategien zählen - in fallender Reihenfolge: 1. Die körperliche Betätigung, 2. Die Ablenkung durch Musikhören, 3. mit jemanden reden oder die Zeit miteinander verbringen, 4. die unangenehme Aufgabe bewältigen und 5. die Entspannung, sich ausruhen und schlafen. Die am häufigsten angewandten Strategien zur Regulierung der Stimmung gleichen sich jedoch nicht mit den effektivsten an. Das Einnehmen von Stimulanzien wie Drogen oder Alkohol zählt zu der uneffektivsten Methode (Parkinson et al., 2000).

Rötzer & Zimmer (1983) erkennen positive Effekte zur Beeinflussung von Affektzuständen auf somatischer Ebene durch die Einnahme von Medikamenten, durch Entspannungsverfahren und sportlichen Programmen. Auf der kognitiven Ebene ist ein Fortschritt, das Erleben von negativen Gefühlen zu akzeptieren: „Ich darf auch mal ärgerlich bzw. traurig sein“ (Rötzer & Zimmer, 1983, S. 311). Kognitive Änderungsstrategien arbeiten darauf hin, emotionale auslösende Situationen neu einzuschätzen oder die Konsequenzen neu zu beurteilen. Die neue Wahrnehmung bewirkt eine wirksame Änderung im emotionalen Erleben und negative Kreisprozesse können aufgebrochen werden

## 4. Bewegungstherapie

Kreativtherapie ist der Oberbegriff für künstlerische Therapieverfahren wie die „nonverbalen Verfahren, Körpertherapie, Dramatherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanz- und Ausdruckstherapie, Leibtherapie, körperbezogenen Therapien bis hin zu adjuvanten Therapien“ (Olbrich, 2007, S. 156). Kreativtherapien gewinnen immer mehr an Beachtung und werden in psychosomatischen Kliniken vermehrt eingesetzt. Kennzeichnend für die künstlerischen Therapien sind die handlungsorientierten Prozesse und Methoden, die angewendet werden. Sie integriert die nonverbale Kommunikation, sowie die physischen, psychischen und sozialen Faktoren. Ziel ist es die persönlichen Ressourcen zu aktivieren, eine Neuorientierung und Stabilisierung zu fördern um Symptome zu minimieren und eine gesunde Lebensqualität zu schaffen (Olbrich, 2007).

Anfang der 70er Jahren rückt die körperliche Aktivität hinsichtlich der Gesundheitsförderung in den Vordergrund. Die sportliche Betätigung wird mit der Verbesserung von Körper und Geist in Verbindung gebracht (Van de Vliet et al., 2001; Vanden-Abeelee & Schüle, 2000). Körperliche Aktivitäten erweisen eine positive Wirkung auf die Stimmung und dienen der Steigerung des psychischen Wohlbefindens. Vor diesem Hintergrund steigt das Interesse, Bewegung und Sport als therapeutische und rehabilitative Methode anzuwenden. Die bewegungstherapeutische Behandlung verfolgt einen ganzheitlichen Aspekt und zielt auf die Minimierung und Regenerierung gestörter physischer, psychischer und sozialer Funktionen ab. Sekundärschäden sollen verhindert und ein gesundheitlich orientiertes Verhalten gefördert werden (Hölter, 2001; Kerr, 1997).

### 4.1. Bewegungsbeobachtung & -analyse

Die Aufmerksamkeit ist auf die Sprache des Körpers gerichtet, die durch die Bewegung veranschaulicht wird. Menschen entwickeln unbewusste Bewegungsmuster, die ihre Persönlichkeit widerspiegeln. Aus diesem Grund bildet das Verstehen von nonverbaler Kommunikation das Augenmerk in der Bewegungstherapie. Bewegungstherapeutische Arbeit ermöglicht einen Blick auf die Handlungsprozesse, der subjektiven Wahrnehmung und der Selbstreflexion der Klienten/ Klientinnen, die „durch verbale und nonverbale Deutungsangebote, die auf die Kongruenz oder Inkongruenz von Verbalisierung, Körpersprache und Emotion im Beziehungsgeschehen hinweisen“ (Trautmann-Voigt & Voigt, 2007, S. 54). Mit Hilfe der Bewegungsbeobachtung und Bewegungsanalyse können die Bewegungs-Präferenzen zum Ausdruck gebracht werden.

#### 4.1.1. Circumplex-Modell in der Bewegungsforschung

Die Verwendung vom Circumplex-Modell in der Bewegungstherapie erweist sich als hilfreich, zumal es ein bereits gut erforschtes Modell ist. Frühere Forschungen haben gezeigt, dass das Circumplex-Modell zuverlässig zwischen den affektiven Zuständen unterscheidet. Das Modell erfüllt die Kriterien, die für die Beobachtung der affektiven Zustände bei körperlicher Aktivität notwendig sind. Vorteilhaft ist, dass sich das Modell auf die Basisemotionen und den Grunddimensionen beschränkt. Außerdem kann eine unbegrenzte Anzahl von Einzelprofilen der Individuen erstellt werden. Das zweidimensionale Koordinatensystem ermöglicht weiters das affektive Erleben jedes Individuums zu jedem Zeitpunkt uneingeschränkt zu beschreiben. Auf diese Weise wird die Veränderung der Stimmung zu Beginn, währenddessen und am Ende der körperlichen Aktivität festgehalten. Zunächst wurde vermutet, dass die meisten Menschen auf gleiche Trainingsreize ähnlich reagieren: in der Anfangsphase erhöht sich der Aktivierungsgrad, währenddessen steigt sich weiterhin die Aktivierung, wogegen sich die Valenz (Lust-Unlust) bei zu intensiven Übungen verschlechtert. Nach der Beendigung der körperlichen Aktivität kommt es zu einem schnellen Wechsel, indem die Aktivierung sinkt und sich die Valenz verbessert.

Durch das Circumplex-Modell wird gezeigt, dass sich während des Trainings bei einer Hälfte der Beteiligten die Valenz ins Positive steigt, hingegen bei der anderen Hälfte sie sich verschlechtert. Erst nach dem Training kommt es zu der einheitlichen Reaktion, in der die Valenz in angenehme Emotionen übergeht. Mithilfe des Circumplex-Modelles konnte somit eine signifikante positive Veränderung der verschiedenen Affektzustände aufgrund von körperlicher Aktivität nachgewiesen werden.

Als Kritikpunkt ist anzumerken, dass zwar die affektiven Zustände individuell identifiziert werden, jedoch bedeutende Hintergrundinformationen wie deren Mensch-Umwelt-Beziehung unbekannt bleiben. So ist zwar das Modell in der Lage die Basisemotionen zu beschreiben, was in den meisten Studien jedoch nicht ausreichend ist. Andererseits erscheint es durch die Vielfalt als unrealistisch auf jeden einzelnen Aspekt hinzuarbeiten. Demzufolge ist es dennoch sinnvoll, sich an erster Stelle auf die Basisaffekte zu konzentrieren und mit diesem Wissen fortzufahren (Ekkekakis & Petruzzello, 2002).

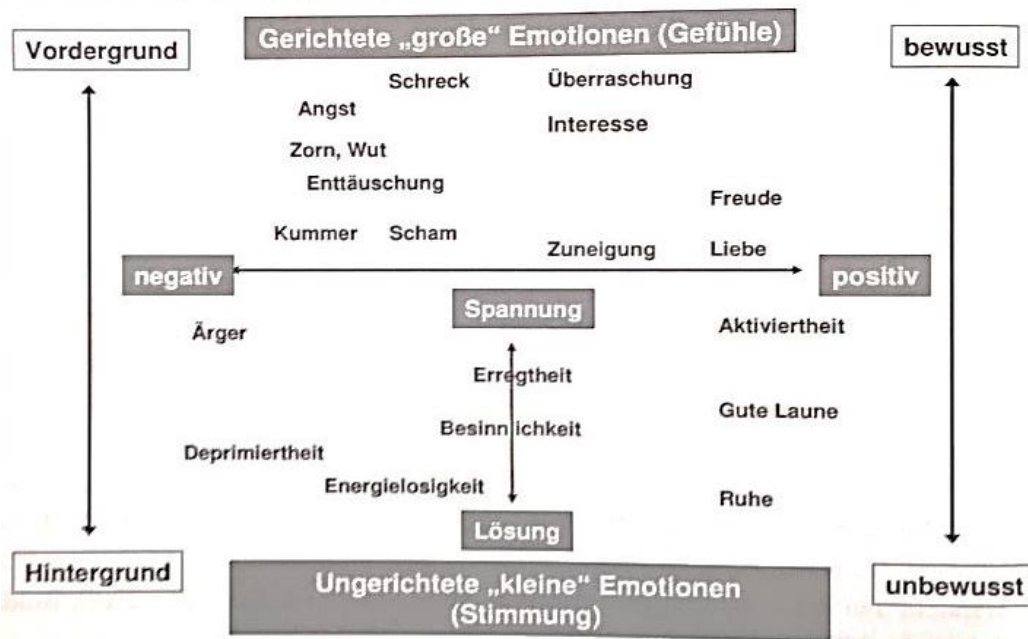
## 4.2. Psychosoziale Ressourcen

In der Gesundheitsförderung durch körperliche Aktivität werden von psychisch erkrankten Personen das Verhalten, die Emotionen und die Kognition genauer beobachtet. Organisierte Bewegung zielt auf ein gesundes, glückliches und lustvolles Leben, sowie auf das Mildern gesundheitlicher Probleme ab (Kunath, 1993). Sportliche Anforderungen verbessern die psychischen Regulationsqualitäten und minimieren Angstzustände. Durch inszenierte sportliche Anforderungssituationen können die Persönlichkeitseigenschaften, die subjektive Wahrnehmung und das Gefühl des Wohlbefindens verbessert werden. Erkrankte Personen erlernen Techniken, die sich als hilfreich zur Beherrschung von negativen Gefühlen erweisen. Das Resultat dieser Effekte führt zu einer stabileren Handlungsfähigkeit des Individuums. „Sie reichen oftmals über den Sport hinaus und sind für die Gesundheit des einzelnen sehr wertvolle Voraussetzungen, um mit vielfältigen und unterschiedlichen Lebensumständen besser fertig zu werden“, schreibt Kunath (1993, S. 12). Kerr (1997) stellt durch sportliche Aktivität die Reduktion von Angstzuständen und Depression, ein gesteigertes Selbstwertgefühl sowie eine Verbesserung vom Schlafverhalten fest. Brehm und Wagner widersprechen dem und finden keine kausalen Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und der psychischen Gesundheit. Stattdessen kommen sie zu dem Schluss, dass sportliche Aktivität spezifische Parameter, die für die psychische Gesundheit bedeutend sind, positiv beeinflusst. Als Beispiel geben sie „Angst, Spannungszustände, Stimmung, Körperkonzept“ (Wagner & Brehm, 2006, S. 103) an.

Pahmeier, Tiemann und Brehm erkennen eine steigende Tendenz der sportlichen Aktivität als angewandte Methode zur Bewältigung von Erkrankungen. „Gesundheitssportlicher Aktivität kann offensichtlich – allein schon wegen der physischen sowie der psychosozialen Gesundheitspotenziale [...] – ein hohes Maß an Bewältigungspotenzial zukommen“ (2006, S. 430). Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Teilnahme einer Sporttherapie stark von der Einstellung der erkrankten Person abhängt. Inaktive Menschen sind meistens nicht an einer sportlichen Aktivität interessiert, sodass es schwer ist Nichtsportler/innen für solch ein Programm zu animieren. Die erkrankten Personen stellen sich die Kosten-Nutzen-Frage und wiegen ab, ob sich die körperliche Anstrengung auszahlt, um das gewünschte Gesundheitsziel zu erreichen. Wie das Individuum mit Belastungssituationen umgeht, ist ebenfalls ausschlaggebend für die Teilnahme (Pahmeier, Tiemann & Brehm, 2006).

#### 4.2.1. Allgemeine Stimmungszustände

Eine positive Grundgestimmtheit ist ein wesentlicher Bestandteil für die psychische Gesundheit. Stimmungen bilden eine Subkategorie der Emotionen dar und werden als Ausprägungsform des Befindens verstanden. Brehm (2006) versteht unter Stimmung die kleinen, alltäglichen und zumeist unbewussten emotionalen Zustände. Er gibt die Beispiele „gute Laune, Ruhe, Entspanntheit, Erregtheit, Deprimiertheit oder Ärger“ an. Die Emotionen bezeichnet er als die großen Gefühle, zu denen beispielsweise „Wut, Scham, Trauer, Liebe oder auch Stolz“ gehören (Brehm, 2006, S. 321).



**Abb. 3:** die bewussten Gefühle und die unbewusste Stimmung

Wie stark sich die Stimmung durch sportliche Aktivität verändert, hängt von der Sportart und der persönlichen Einstellung, weshalb Bewegung ausgeführt wird, ab (Brehm, 2006). Eine sportliche Tätigkeit ist stets von Emotionen begleitet und beeinflusst das Verhalten des Individuums. Während des Sporttreibens kommt es zur Euphorie und nach der sportlichen Aktivität wird eine erheiterte Stimmung erlebt, die sich als positiver emotionaler Verstärker eignet (Abele et al., 1994).

Das subjektive Befinden ist ein dauerhafter Prozess von Stimmungsschwankungen, die mehr oder weniger intensiv erlebt werden. Das Individuum ist bemüht, das Befinden in einem dynamischen Gleichgewicht zu halten und die Schwankungen in einem Wohlbefindens-Niveau anzusteuern. Bei körperlicher Aktivität sorgen zwei Strategien für den Erhalt des dynamischen Gleichgewichts.

Die zwei Strategien werden als *Wiederherstellungsstrategie* bzw. *Äquilibration* und *Ablenkungsstrategie* bzw. *Disäquilibration* bezeichnet. Unter der Wiederherstellungsstrategie wird eine Minderung unangenehmer und zugleich eine Steigerung angenehmer Stimmungszustände verstanden. In der Ablenkungsstrategie ist von einer Störung der aktuellen Stimmung die Rede. Das Durchleben von Spannungsbögen stellt eine bedeutsame Form der Ablenkungsstrategie dar. Menschen suchen nach Situationen, in denen sie den lustvollen Spannungsbogen erleben. Spiele könnten grundsätzlich als nutzlos betrachtet werden, wenn sie nicht den Stimmungseffekt hervorrufen würden. Zunächst steigt die positive Stimmung deutlich über den Normalzustand hinaus und sinkt anschließend wieder auf das Normalmaß (Abele & Brehm, 1994).

Beide Strategien werden von spezifischen Sportarten beeinflusst. Fitnessaktivitäten, die nicht wettkampforientiert durchgeführt werden, sind für die Wiederherstellungsstrategie nützlich. Fitnessaktivitäten minimieren negative Stimmungszustände wie Ärger, Deprimiertheit, Erregtheit und Energielosigkeit und verstärken positive Gefühle wie gute Laune, Ruhe und Entspannung. Neben der Reduzierung der Energielosigkeit wird eine Steigerung der Aktivierung wahrgenommen.

Wettkämpfe tragen zu der Ablenkungsstrategie bei, da sie eine Form von Spannungsbögen erzeugen. Unabhängig wie der Wettkampf ausgeht, steigen zunächst die Spannung und die Aktivierung an und fallen erst nach dem Wettkampf wieder ab. Weitere Stimmungszustände die aufkommen hängen von dem Ergebnis des Wettkampfes ab (Abele & Brehm, 1994; Abele et al., 1994).

„Einerseits können – insbesondere durch Fitnessaktivitäten – Wiederherstellungseffekte erzielt werden, d.h. positive Stimmungen können verstärkt und negative Stimmungen abgeschwächt werden. Andererseits können, durch Spiel-, Wettkampfsportaktivitäten Ablenkungsaspekte erzielt werden, d.h. insbesondere die Spannungs- und Aktiviertheitsaspekte der Stimmung werden mit der sportlichen Aktivität »aus dem Gleichgewicht« gebracht und nach der sportlichen Aktivität »wiederhergestellt«“ (2006, S. 332), sichert Brehm seine Stellungnahme.

Die positive Stimmung, die durch Sport und Bewegung ausgelöst wird, baut Spannung ab und reduziert Angstzustände, wobei der positive Effekt zwei bis vier Stunden anhält (Abele et al., 1994). Wagner und Brehm (2006) heben hervor, dass Stimmungsregulierung eine wichtige psychische Gesundheitsressource darstellt, die durch sportliche Aktivität gelenkt werden kann. Durch die regelmäßige Bewegung kommt es, bis auf die Besinnlichkeit, zu einer längeren verbesserten Veränderung aller Stimmungsaspekte. Das Erleben der Gefühle von Freude und Spaß nehmen einen hohen Stellenwert ein. Deshalb werden Bewegungsprogramme mit positiven Emotionen in Verbindung gebracht (Abele & Brehm, 1994; Brehm et al., 2006).



#### 4.2.2. Angst

In Bezug auf die körperliche Aktivität gehört Angst zu den meist untersuchten Emotionen (Ekkekakis & Petruzzello, 2002; Wagner & Brehm, 2006). Angstzustände sind gekennzeichnet durch Unlust und hoher Aktivierung. Durch sportliche Aktivität wird ein Anstieg der Valenz bei der Hälfte der Versuchspersonen festgestellt (Rebar et al., 2015). Wagner & Brehm (2006) erkennen, dass Sportarten, die eine intensive aerobe Aktivität aufweisen, eine signifikante Reduzierung der Zustandsangst erbringen. Allmer (2006) kommt zu dem Schluss, dass sich für die Behandlung gegen Depression und Zustandsangst sowohl aerobe, als auch anaerobe Sportprogramme eignen. „Die Befunde zur Angst- und Depressionsreduktion durch Bewegungsaktivitäten legen nahe, dass aerobe und anaerobe Bewegungsprogramme eine effektive Behandlungsmethode bei klinisch relevanten Angststörungen und Depressionsformen darstellen“ (2006, S. 423).

#### 4.2.3. Wohlbefinden

Die körperliche Aktivität trägt zum Erhalt oder zur Verbesserung des aktuellen Wohlbefindens sowie des habituellen Wohlbefindens bei (Abele & Brehm, 2006; Huber, 2000; Wagner & Brehm, 2006). „Von den beiden [...] bezieht sich „Stimmung“ auf das aktuelle Wohlbefinden, „Grundgestimmtheit“ bezieht sich auf das habituelle Wohlbefinden, d.h., es handelt sich einerseits um kurzfristige, andererseits um langfristig erreichbare Effekte sportlicher Aktivität“ (Abele et al., 1994, S. 280f), legen die Verfasser ihren Standpunkt dar. Für die Besserung des aktuellen Wohlbefindens eignen sich Bewegungen mittlerer Intensität. Das löst eine Zufriedenheit bezüglich der eigenen Leistung aus und fördert zugleich den Erlebens- und Spaßaspekt. Für eine zusätzliche Steigerung des aktuellen Wohlbefindens trägt das Betreiben von sportlicher Aktivität in der Gruppe bei. So werden zugleich physische, psychische und soziale Aspekte miteinander Verknüpft (Abele et al., 1994 & Abele & Brehm, 2006). Das Steigern des habituellen Wohlbefindens ist vom regelmäßigen Sporttreiben abhängig, welches den Hintergrund verfolgt, das aktuelle Wohlbefinden zu erleben. Dementsprechend führt das aktuelle Wohlbefinden zu einer dauerhaften Stabilisierung der Grundgestimmtheit (Abele et al., 1994).

Psychisches Wohlbefinden führt zu einer optimistischen Lebenseinstellung und wirkt sich auf das physische Wohlbefinden positiv aus (Schwenkmezger, 1994). Personen, die Sport- und Gesundheitsprogramme regelmäßig besuchen, nehmen eine Minderung der aktuellen sowie chronischen Beschwerden wahr (Hölter, 2001; Pahmeier et al., 2006). Vor allem Personen, die vor einem Sportprogramm ihr gesundheitliches Wohlbefinden niedrig eingestuft haben, profitieren am meisten. Die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens ist ein wichtiges Ziel in der Sporttherapie, da sie indirekt die emotionalen, körperlichen und sozialen Ressourcen stärkt (Abele et al., 1994; Brehm et al., 2006).

#### 4.2.4. Entspannung

Die meisten organisierten Sportprogramme berücksichtigen in der Planung verschiedene Entspannungsverfahren, da sie viele Vorteile in bewegungs- und sporttherapeutischen Konzeptionen bringen. Die Entspannung löst die physische Verspannung und bewirkt eine Lockerung der psychischen Anspannung (Brehm et al., 2006). Entspannungsverfahren ergänzen und erweitern den ganzheitlichen Aspekt von Sport- und Gesundheitsprogrammen. Die Körperwahrnehmung und Körpererfahrung wird mehrperspektivisch betrachtet, was einen großen Stellenwert in der Sporttherapie hat. Des Weiteren werden durch Entspannungsverfahren angemessene individuelle Strategien thematisiert, die sich für die Bewältigung, den Erhalt, der Wiederherstellung oder Verbesserung von psychischer Gesundheit eignen. Individuelle Handlungs- und Bewältigungsstrategien werden erlernt, sowie der passende Umgang mit der zu erhöhten Erregtheit geschult (Deimel, 2000). Einen weiteren Vorteil erbringen Entspannungsverfahren durch die „Resonanzdämpfung der Affekte, d.h. Affekte und Emotionen verlaufen als Reaktionen auf äußere Ereignisse gelassener bzw. sie lassen sich schwerer provozieren“ (Deimel, 2000, S. 158). Entspannungstechniken lösen positive affektive Zustände aus, die nach dem Training überwiegen. Die Personen verspüren eine körperliche und geistige Frische, fühlen sich erholter und ausgeglichener. Entspannungsverfahren verhelfen der Person dabei, innere Prozesse besser wahrzunehmen, indem das Empfinden der Sinne im und am Körper einem bewusster werden und in den Vordergrund treten. Zeitgleich werden die äußeren Reize ausgeblendet. Entspannungsverfahren führen zu einem positiven Ergebnis bezüglich der subjektiven Wahrnehmung, des Erlebens und der Verhaltensweise (Deimel, 2000). Die Entspannungsfähigkeit verhilft physische und psychische Probleme besser zu bewältigen und erweitert somit in beiden Ebenen die Ressourcen des Individuums. Unabhängig von der Ursache der Krankheit, werden durch Entspannungsverfahren Fähigkeiten der Selbstregulation erworben, die für die Verarbeitung und Bewältigung hilfreich sind (Brehm et al., 2006).

Deimel (2000) beschäftigt sich weiterführend mit der Einplanung und Durchführung von Entspannungsverfahren in Bewegungs- und Sporttherapien. Er schlägt vor, die Entspannung als thematisches Schwerpunkt einzugliedern oder es zum Abschluss der Einheit einzuplanen. Insbesondere für Menschen, die wenig Körperwahrnehmung und Körpererfahrung besitzen, eine geringe Konzentrationsfähigkeit oder eine hohe Nervosität aufweisen, empfiehlt sich keine Gesamteinheit, sondern vielmehr eine Teilsequenzierung von Entspannungsverfahren.

#### 4.2.5. Beschwerdeempfinden

Wie gesundheitliche Beschwerden erlebt werden, hängt mit der psychischen Verfassung des Individuums zusammen. Durch körperliche Aktivität werden Beschwerdewahrnehmung und Missbefinden wünschenswert verändert. Aufgrund der auftretenden Stimmungsbesserung, fühlt sich das Individuum wohler. Dies führt zu einer positiveren Beurteilung des aktuellen gesundheitlichen Zustandes, auch wenn die Erkrankung dennoch weiterhin unverändert ist (Brehm et al., 2006). Der Effekt ist bei den weiblichen Teilnehmerinnen erheblich ausgeprägter als bei den männlichen Teilnehmern. Doch die verbesserte Beschwerdewahrnehmung hält nicht lange an, „fast immer bis zu drei Monate oder etwas länger, jedoch nie über ein Jahr“ (Wagner & Brehm, 2006, S. 107), halten die Verfasser fest.

Brehm, Janke, Sygusch und Wagner (2006) erkennen in einer dreijährigen Längsschnittstudie, dass regelmäßige körperliche Aktivität über längeren Zeitraum notwendig ist, um einen langanhaltenden Effekt zu erzielen: „Nur unter diesen Voraussetzungen kann Nachhaltigkeit im Hinblick auf Gesundheitseffekte – Ressourcenstärkung sowie Risiko- und Beschwerdenminderung – erreicht werden“ (Brehm et al., 2006, S. 47). Den größten Gewinn erzielen vor allem die Personen, die zu Beginn des Sportprogramms in der schlechtesten Gesundheitslage waren.

#### 4.2.6. Stress

Ein weiteres psychisches Befinden, das Veränderungseffekte durch sportliche Aktivität aufweist ist die subjektive Stresswahrnehmung. Bewegung stellt ein gesundheitsförderliches Potenzial zur Regulierung und Senkung von Stress dar (Wagner und Brehm, 2006). Deimel (2000) beschreibt ausführlich die psychische und physische Reaktion auf eine belastende Situation. Dabei teilt er die Reaktionen von Stress in vier Verhaltensebenen ein. Er schildert die einzelnen Ebenen genauer und geht auf die Symptome ein, die bei Dauerstress entstehen können. Dauerstress sorgt in der *kognitiven Ebene* für eine Verschlechterung in der Konzentrations- und Gedächtnisleistung. Die Senkung der Leistung, schlechte Träume und negatives Denken sind weitere Nachteile in der kognitiven Ebene. In der *emotionalen Ebene* treten Beschwerden wie „Aggressionsbereitschaft, Angstgefühle, Reizbarkeit, Enttäuschung, Depressionen“ (2000, S. 160) auf. In der *vegetativ-hormonellen Ebene* sind folgende Symptome nachweisbar: „Herz-Kreislauf-Beschwerden, hoher Blutdruck, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen, geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten“ (2000, S. 160). Bei der *muskulären Ebene* kann es zu allgemeinen Verspannungen, Schmerzen im Rücken-, Nacken- und Kopfbereich kommen. Eine leichte Ermüdbarkeit ist eine weitere Folge von Dauerstress.

Stresssituationen bringen die physische und psychische aus dem Gleichgewicht, vor allem wenn derartige Bedingungen über einen längeren Zeitraum anhalten. Doch nicht jedes Individuum nimmt belastende Erlebnisse gleich wahr. So führen kritische Momente und Alltagsbelastungen nicht automatisch zu einer Erkrankung. Sie hängen von der Wahrnehmung, Beurteilung und Verarbeitung des Individuums ab (Deimel, 2000).

Bei gezielter Stressmilderung durch sportliche Aktivität ist auf eine angenehme Atmosphäre und passende Sportform zu achten. Nicht jede sportliche Tätigkeit löst den Effekt der Reduzierung von Stresssymptomen aus. „Ob Bewegungsaktivitäten zur Stressreduzierung beitragen oder nicht, hängt nicht nur davon ab, mit welcher Intensität und Dauer und unter welchen situativen Bedingungen sie betrieben werden, sondern auch davon, welche subjektiven Belastungsgrade ausgelöst werden“ (2006, S. 419) erklärt Allmer. Die mittlere Belastungsstufe wird für das Individuum als angenehm empfunden. Eine stressregulierende Wirkung ist sowohl in aerobe, als auch anaerobe Bewegungsprogrammen festzustellen (Allmer, 2006). „Offensichtlich können dazu nur jene körperlich-sportlichen Aktivitäten einen Beitrag leisten, die zur Stressbewältigung auch absichtlich organisiert und subjektiv als besonders günstig erlebt werden. Ansonsten kann Stress auch zu einer Verminderung oder Vermeidung von Sportaktivitäten führen“ (2006, S. 109), erläutern Wagner und Brehm ihre Position. Die Stresswahrnehmung nimmt erst bei langem und regelmäßigem Sporttreiben ab. Frühestens nach zwei Jahren stellen Brehm, Janke, Sygusch und Wagner (2006) einen signifikanten Rückgang fest.

#### 4.3. Bewegungstherapie mit traumatisierten Flüchtlingen

„Viele Störungen – unabhängig von der speziellen Diagnose – entspringen einer Entfremdung vom Körper-Erleben oder werden davon begleitet“ (Trautmann – Voigt & Voigt, 2007, S. 48) - die posttraumatische Belastungsstörung gehört zu solch einer Störung. Der traumatische Schmerz wird von außen erzeugt, geht durch den Körper und bleibt im Körper bestehen. In der Sporttherapie werden die Körperbewegung, Körperhaltung und Körpererscheinung analysiert, da posttraumatische Symptome viele starke somatische Eigenschaften aufweisen. Die Körperebene liefert wertvolle Informationen über kognitive und emotionale Prozesse des traumatisierten Flüchtlings. Für die Linderung der Symptome verfolgt die Bewegungstherapie einen ganzheitlichen Ansatz. Geeignete körperzentrierte Interventionen ermöglichen eine Verbesserung des emotionalen Zustandes und der Kognition. Sie stärken das soziale Verhalten, sowie die physischen und biologischen Funktionsfähigkeiten. Eine positive Veränderung des negativ besetzten Körperbildes, sowie das Stärken der eigenen Ressourcen werden durch körperliche Aktivität erzielt (Koch & Weidinger, 2009a).

Traumatische Erlebnisse lösen neurobiologische Prozesse aus, die intensive Emotionen herbeiführen. Gleichzeitig kommt es zu einer Hemmung des Sprachzentrums im Gehirn. Durch die vorhandenen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizite entstehen Schwierigkeiten in der verbalen Form der Therapie. Speziell das Erfassen des Erlebten der Patienten wird dadurch zu einer großen Herausforderung (Eberhard-Kaechele, 2009; Koch & Weidinger, 2009b). Van der Kolk (2006, zitiert nach Eberhard-Kaechele, 2009, S. 167) erkennt, dass Verbaltherapie, die rein auf das Bewusstsein abzielt, nicht für die Behandlung der psychischen Trauma-Folgen ausreichend ist. Die im Körper verankerten traumatischen Erfahrungen müssen gleichermaßen beachtet werden. Deshalb ist er der Meinung, das Trauma direkt auf der Handlungsebene zu behandeln. Es wird eine Distanzierung, sowie eine Entlastung der sprachlichen Äußerungen von traumatischen Ereignissen geschaffen. Bewegungstherapeutische Prozesse gewähren das Erlernen von Verhaltensalternativen und erzielen ein verbessertes Problemlöseverhalten. Die Körperwahrnehmung und die Affektregulation stehen im Fokus der Therapie mit Flüchtlingen. Effiziente Methoden zur Selbsthilfe müssen erarbeitet werden, um das Gefühl der Hilflosigkeit zu überwinden und um eine Veränderung der krankheitsbedingten, negativen Selbsteinschätzung zu erlangen.

Bei der Bewegungstherapie werden nicht direkt die traumatischen Erlebnisse angesprochen. Vielmehr stehen die Stabilisierung und das Minimieren der Stressfaktoren des Betroffenen im Vordergrund. Wenk-Ansohn (2017) stellt fest, dass durch sportliche Aktivität und keinem direkten Bezug auf traumatische Erlebnisse, die Symptome sich bereits nach Monaten deutlich reduzieren.

#### 4.3.1. Verbal- und Bewegungstherapie

Menschen, die flüchten mussten und traumatische Ereignisse erlebt haben, erleiden oft Störungen in der Selbstbeziehung. Das steht in Verbindung mit den Störungen im Bereich des Körperbezugs und des Körpererlebens. Vor allem bei der posttraumatischen Belastungsstörung nimmt der Körper einen hohen Stellenwert ein (Kern, 2009).

„Herkömmliche verbale Psychotherapieformen sind geeignet, um kognitive und emotionale Elemente des erlebten Traumas zu bearbeiten, sie arbeiten jedoch nicht direkt mit der Körperebene. Dies steht im Widerspruch zur mittlerweile durch die Forschungsliteratur gesicherten Tatsache, dass jedes Trauma im Körper primär verankert ist“, führen Koch und Weidinger (2009b, S. 138) als Argument an.

Körper- und bewegungsorientierte Ansätze sind angemessen und sinnvoll. Das Therapieverfahren auf der Körperebene ist zielführend und eine bedeutsame Erweiterung neben der herkömmlichen Verbaltherapie (Koch & Weidinger, 2009b).

Ihre größte Stärke liegt darin, den eigenen Körper als Ressource anzuerkennen (Kern, 2009). Die Kombination aus beiden Verfahren treibt den Therapieprozess voran. Ein Therapieziel ist es, die Symptome durch körpertherapeutische Prozedere zu lindern und das negativ behagte Körperbild zu reduzieren. Schwere Traumatisierungen wie Folter und Vergewaltigung sind Verletzungen, die den Körper stark betroffen haben und dies auch noch weiterhin tun. Der Körper fungiert somit als Zugang zu den traumatischen Erlebnissen und kann dementsprechend zur Verarbeitung der Traumata dienlich sein. Schrittweise soll das positive Verhältnis zum eigenen Körper zurückgewonnen und die Genussfähigkeit wiederhergestellt werden. Das zerbrochene Körperbild traumatisierter Flüchtlinge soll sich wieder aneinanderfügen. In der Bewegungstherapie wird die sensomotorische Ebene behandelt und die körpereigenen Ressourcen aktiviert. Diese tragen weiterführend dazu bei, die Verarbeitung im emotionalen und kognitiven Bereich voranzutreiben (Koch & Weidinger, 2009b). Die Kombination aus Sprach- und Bewegungstherapie ist eine einzigartige Behandlungsmöglichkeit für traumatisierte Flüchtlinge. Sie erleichtert den Therapieprozess erheblich, da der Körper dem Therapeuten/der Therapeutin eine Sprache liefert, die keiner Übersetzung bedarf (Koch & Weidinger, 2009a).

#### 4.3.2. Sprachbarriere

Oft fällt es Patienten schwer über die traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Die Betroffenen schweigen, da die Erlebnisse meistens zu schuld- und schambesetzt sind. Kinder nutzen meistens kreative Medien, um gehört zu werden und um ihre Bedürfnisse zu zeigen. Erwachsene hingegen brauchen viel mehr Zeit, meistens dauert es sogar Jahre, um an diesen Punkt zu gelangen. Die Bewegungstherapie kann unterstützen und den traumatisierten Patienten dabei helfen, die Schwierigkeit zu überwinden, die furchtbaren Erlebnisse mitzuteilen (Koch & Weidinger, 2009a). Das Angebot der nonverbalen Therapie ist durch die Vielfältigkeit der Bewegungsmöglichkeiten breitgefächert und bereichert die therapeutische Kommunikation. Es löst bei den Patienten weniger Angst aus als die Verbaltherapie, da das Medium Bewegung bereits in der eigenen Kultur bekannt ist. Erlebnisse lassen sich außerdem eher in Bildern abspeichern und weniger in Form von Sprache (Koch und Weidinger, 2009b). Die nonverbale Therapie mit Flüchtlingen bringt den weiteren Vorteil, dass kein Dolmetscher benötigt wird und die sprachlichen Schwierigkeiten überbrückt werden. Die Art und Weise der Bewegung, sowie die Körpersprache und Mimik deuten bereits auf vieles hin, ohne eine Übersetzung zu benötigen. Der/ Die Therapeut/in bekommt die Möglichkeit, das Trauma an der Stelle zu beobachten, wo es sich am meisten eingepägt hat und zwar auf der Körperebene (Koch & Weidinger, 2009a).

### 4.3.3. Kontrollerleben

Flüchtlinge erfahren in ihrer Heimat, während der Flucht und fortlaufend im Exilland ein fremdbestimmtes und fremdkontrolliertes Leben. Sie bekommen kaum die Gelegenheit, ihre gewünschten Zukunftspläne zu verwirklichen. „Sie haben keine Kontrolle über die Durchbruchsetzung ihrer eigenen Vorstellungen von ihrem Leben, keine Kontrollchancen bezüglich ihrer Selbstverwirklichung und der Erfüllung ihrer Wünsche“, erkennen Koch und Weidinger (2009b, S. 124). Vor allem für traumatisierte Flüchtlinge, die Kontrollverlust erlebten, ist das Rückerlangen von Kontrolle über selbstständiges Handeln relevant. Die körperlich aktive Behandlung sieht ihre Aufgabe darin, die Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten/ der Patientin zu stärken und die positive Erwartungshaltung zu fördern. Kompetenzen werden zur Bewältigung der Symptome vermittelt, ohne dabei an die hohe Empfindlichkeit des traumatisierten Flüchtlings anzukommen (Eberhard-Kaechele, 2009). Koch und Weidinger (2009b) führen ein weiteres Argument für die Bewegungstherapie an. Betroffene Personen erlernen in der Bewegungstherapie die Affektregulation und die Körperwahrnehmung. Diese Faktoren dienen als Maßnahmen zur Selbsthilfe, die den Vorteil mit sich bringt, der eigenen Hilflosigkeit entgegenzuwirken und die Situation zu kontrollieren.

Für den körperpsychotherapeutischen Ansatz mit komplex traumatisierten Flüchtlingen eignet sich ein ganzheitlicher Aspekt. Durch das Medium Bewegung kann auf die Körperwahrnehmung, auf die Atmung, die Kognition und die inneren Bilder näher eingegangen werden. Die Erfahrungen der physischen Selbstkontrolle tragen zur psychischen Gesundheit bei und stärken die inneren Prozesse (Kern, 2009). Neben der Erfahrungssammlung von Körperkontrolle ist die Situationskontrolle ein weiterer wichtiger Bestandteil. Beispielsweise entscheiden traumatisierte Personen selber, ob sie bei den Übungen die Augen offen oder geschlossen haben wollen. Eigene Bedürfnisse werden wahrgenommen, sowie deren Umsetzungsmöglichkeit. Die Patienten haben jederzeit den Anspruch darauf, den Ablauf zu unterbrechen. Des Weiteren ist der Ablauf für traumatisierte Flüchtlinge stets voraussehbar und beinhaltet keine unerwarteten Überraschungseffekte. „Sie sollten selbst Ablauf, Intensität und Dauer mitgestalten können, dafür ist es günstig, langsam und in einzelnen Schritten vorzugehen.“ (Kern, 2009, S. 199), bietet der Verfasser als Lösung an.

#### 4.3.4. Körpererfahrung

Traumatisierte Flüchtlinge erleiden schwerwiegende Störungen im Körpererleben und in ihrer Körperwahrnehmung. Mitunter werden gesamte Körperregionen nicht mehr wahrgenommen oder es kommt zu starken Somatisierungen. Demzufolge ist die Arbeit mit dem Körper eine unumgängliche Therapieform (Vyssoki & Tauber, 2004). Körpertherapeutische Formen sind wesentlich ressourcenorientiert und versuchen der Erstarrung, der Bewegungslosigkeit sowie dem übererregten Zustand entgegenzuwirken (Koch & Weidinger, 2009a). Einer der ersten und notwendigen Schritte in der Bewegungstherapie ist, die Anspannung der traumatisierten Person zu reduzieren und sie aus der Erstarrung zu holen. Wichtig ist, den chronisch erhöhten Muskeltonus zu mindern und die chronische Erstarrung zu unterbrechen. Gleichzeitig wird die bewusste Muskelspannung erlernt, um die Person handlungsfähig zu machen (Kern, 2009). Kern (2009) erkennt, dass Atemtechniken bei den meisten Körperpsychotherapien eine wesentliche Rolle einnehmen. Die Atmung eignet sich gut, da sie selbstinszenierend ist und spannungsregulierend wirkt. Das Üben von Entspannungstechniken ist eine wirksame Methode, um unmittelbare Entlastung zu erzielen. Für Menschen, die keine Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren haben, bietet sich zu Beginn die progressive Muskelentspannung an. In dieser Form werden gezielte Muskelgruppen bewusst an- und entspannt. Das regelmäßige durchführen der Entspannungsübungen am Ende der Einheit kann eine positive Auswirkung bei den Klient/innen auslösen (Lied & Abdallah-Steinkopff, 2017).

Positive Resultate zur Stärkung der Körpererfahrung bringen körpernahe Aufmerksamkeitsstrategien, körperliche Koordinationsübungen und Gleichgewichtsübungen. Wünschenswerte Auswirkungen werden ebenso beim Krafttraining mit traumatisierten Flüchtlingen festgestellt. Die eigene Kraft wird wahrgenommen und Selbstwirksamkeit wird erlebt. Die erlebte Körperkontrolle bewirkt eine positive Veränderung beim Individuum (Kern, 2009). „Durch körperliche Übungen können andere, positiv erlebte nonverbale Kodierungen [...] auf der Ebene verankert werden, wo alte, dysfunktionale Kodierungen angesiedelt waren“, bringt Trautmann-Voigt (2009, S. 225) in Verbindung. Die gezielte Anregung des Körper-Erlebens verhilft zu einer Neuorientierung. Vorhandene dysfunktionale, negative Körpererfahrungen werden anhand von körperlichen Übungen durch aktuelle positiv erlebte Körperempfindungen ersetzt (Trautmann-Voigt, 2009; Trautmann-Voigt & Voigt, 2007).



#### 4.3.5. Gruppenerleben

Viele Flüchtlinge durchleben im Exilland das Problem der Einsamkeit und der Isolation. Gruppenaktivitäten sind eine Option, dieser Schwierigkeit entgegenzukommen (Ebert, 2017). Klient/innen empfinden die Gruppenarbeit neben den Einzelsitzungen als sehr positiv. In der Gruppe können Entspannungsübungen, Achtsamkeitsübungen und Bewegung in spielerischer Form durchgeführt werden. Das Gruppenerleben erweist sich als hilfreich: „es entstand gegenseitige Unterstützung und manchmal auch ein humorvoller Umgang mit den Hindernissen, die im Exil zunächst zu meistern sind“, beschreibt Wenk-Ansohn (2017, S. 155). Vorteilhaft an einer gruppentherapeutischen Intervention ist der Erfahrungsaustausch der Betroffenen. Der Austausch findet an einem sicheren Ort statt, wo Isolation, Scham und Stigmatisierungen nicht präsent sind. Als Therapeut/in ist zu beachten, dass sich die Personen nicht gegenseitig mit ihren Erlebnissen aufbauschen. Die Folge könnte eine affektive Reizüberflutung oder ein Trigger des Traumas sein. Daher ist die parallele Führung der Einzeltherapie empfehlenswert. Ratsam sind Gruppenaktivitäten nur mit Klient/innen zu führen, die mit einer Gruppentherapie einverstanden sind und sich in keiner ernststen psychotischen Krise befinden, sondern stabilisiert sind (Vyssoki & Tauber, 2004). Wenk-Ansohn (2017) liefert das Ergebnis, dass der Zusammenhalt in den geschlossenen Frauengruppen höher ist als in Männergruppen.

## 5. HEMAYAT

Hemayat ist ein Verein im neunten Wiener Gemeindebezirk, der im Jahre 1995 gegründet wurde. Der Name kommt aus dem persischen und arabischen Sprachraum und bedeutet auf Deutsch übersetzt „Betreuung“ und „Schutz“. Der gemeinnützige Verein fokussiert sich auf Folter- und Kriegsüberlebende und bietet ihnen medizinische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung an. Menschen, die diese Spezialeinrichtung aufsuchen, haben traumatische Sequenzen durchleben müssen und leiden dadurch schwer unter den Folgen der posttraumatischen Belastungsstörung. In Bezug darauf sind in diesem Verein insbesondere dafür ausgebildete Psychotherapeuten, Psycholog/innen und Ärzt/innen tätig. „Das Spektrum umfasst tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Integrative Therapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie und systematische Familientherapie. Wichtig ist die Spezialisierung auf die Behandlung von schwer traumatisierten Menschen.“ (Hemayat, Jahresbericht 2016, S. 14), schreibt das Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende im Jahresbericht 2016 nieder.

Es herrscht ein wertschätzender Umgang mit den Klient/innen, bei dem die kulturelle und soziale Identität respektiert wird. Um den Betroffenen einen unproblematischen Zugang auf die Betreuungsleistungen zu gewährleisten, werden geschulte Dolmetscher in Anspruch genommen. Es soll zu keinen sprachlichen Barrieren kommen, deshalb ist es dem Verein wichtig, die Klient/innen ihre eigene Sprache sprechen zu lassen (Hemayat, Jahresbericht 2016).

## 5.1. Movi Kune – gemeinsam bewegen

Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ ist im Jahre 2013 von der Abteilung Sportpsychologie des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Wien, in Kooperation mit Hemayat, gegründet worden. Es zielt auf Folter- und Kriegsüberlebende ab, die traumatische Erlebnisse erfahren haben und bietet durch ein speziell entwickeltes Sport- und Bewegungsprogramm therapeutische Hilfe an. Zu dem Projekt kommen die Betroffenen durch das Betreuungszentrum Hemayat (Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014).

Das Bewegungsprogramm erbrachte positive Resultate und ist inzwischen ein fester Bestandteil der Behandlungsmöglichkeiten, die der Verein anbietet. Es ist, zu der Einzelgesprächstherapie, ein ergänzendes Angebot, welches freiwillig und selbstgewählt ist. Für Flüchtlinge, die die traumatischen Erfahrungen nicht aussprechen können oder wollen, kann die Bewegungstherapie jedoch auch als für sich selbst stehende Therapie angewendet werden (Hemayat, Jahresbericht 2016). Es sind keine sportlichen Vorkenntnisse notwendig, um an Movi Kune teilnehmen zu können. Es herrscht kein Leistungsdruck oder Pflicht, da die Teilnehmer/innen eigenständig entscheiden, inwieweit sie sich beteiligen wollen. Die Nichtteilnahme an Übungen, das Pausieren und die Option zum Rückzug sind jederzeit gegeben. Gründe für einen Ausschluss sind Personen unter 18 Jahren, Klient/innen, die sich in einer unmittelbaren, ernsten psychotischen Krise befinden, medizinischen Gründe und Schwangerschaften (Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014).

### 5.1.1. Angestrebte Aspekte

Das Augenmerk richtet sich auf die Ressourcenförderung der Person, sowie der Schaffung eines Sicherheitsgefühls. Die tatsächlichen Traumata-Erlebnisse stehen nicht im Zentrum und die Klient/innen werden damit nicht konfrontiert. Es wird vielmehr eine Umgebung geschaffen, in der sich die Person „aus der Hilflosigkeit der Opferrolle“ (Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014, S. 8) lösen soll, die eigene Kapazität erkennt und aktiv etwas für sich und seine Gesundheit tun kann. Im Sport- und Bewegungstherapeutischen Programm werden körperbezogene Spiele und Übungen durchgeführt, die darauf abzielen, die motorisch-koordinativen und konditionellen Fähigkeiten zu verbessern. Ein positiver Effekt von Bewegung ist die dadurch entstehende

Beweglichkeit und Flexibilität, die Verspannungen und Blockaden löst. Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei der Wiederherstellung der Körperwahrnehmung. Die Person soll sich wieder aneignen, den Körper zu spüren, sowie eigene Kompetenzen zu erkennen. Als ebenso wichtig wird die Stärkung der Entspannungsfähigkeit betrachtet (Hemayat, Jahresbericht 2016). Zudem kommt es durch Sport und Bewegung zu „positiven Gefühlen wie Freude, Sicherheit, Selbstwirksamkeit und soziale Eingebundenheit in eine Gruppe“ (Hemayat, Jahresbericht 2016, S. 22). Die Bewegungstherapie führt des Weiteren zu einer Verbesserung der emotional-affektiven Regulationsfähigkeit und einer Zunahme der kognitiven Fähigkeiten. Es findet eine bessere Selbstregulation statt, die Reflexionsfähigkeit nimmt zu und die Konzentration steigert sich (Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014). „Die Inhalte der Interventionen zielen somit auf ein körperbezogenes Üben und Trainieren, auf ein motorisches und kognitives Lernen und insbesondere auf ein bedeutsames (Gruppen- und Selbst-) Erleben ab.“, fassen Ley, Lintl und das Movi Kune Team (2014, S. 9) zusammen

#### 5.1.2. Rolle der Trainer/innen

Die Sport- und Bewegungseinheiten finden semesterweise zwei Mal wöchentlich statt. Die Trainer/innen haben in den Einheiten einen demokratischen und unterstützenden Führungsstil. Bei den Interventionen geht es darum, die Würde der Kriegs- und Folterüberlebenden wiederherzustellen. Die Personen werden in das Bewegungsprogramm integriert und können selbstbestimmen, Vorschläge zu Aktivitäten bringen und in der Gruppe mitgestalten. Die Trainer/innen sind für die sinnvolle und methodische Durchführung und den Verlauf verantwortlich (Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014; Hemayat, Jahresbericht 2016).

Die wertschätzende und akzeptierende therapeutische Grundhaltung der anleitenden Person ist ein wichtiger Aspekt. Teilnehmende Personen am Sport- und Bewegungsprogramm sollen das Gefühl der Sicherheit haben. Dafür werden des Weiteren Informationen und Abläufe über Movi Kune bereits im Vorhinein mit den Personen besprochen. Der Ablauf der Interventionen ist immer ähnlich gegliedert und die Trainer/innen achten bei der Planung auf eine möglichst gleich ablaufende Struktur. Bewegung und Sport wird geschlechtergetrennt betrieben – das gilt auch für die Trainer/innen und Therapeut/innen, die in den Einheiten anwesend sind. Das heißt Männer leiten die Interventionen bei den Männergruppen an und die Frauen bei den Frauengruppen. (Ley, Lintl, & Movi Kune Team, 2014)

Im Zentrum der Interventionen steht die Ressourcenförderung und das Gefühl der Sicherheit. Aus diesem Grund kommt es zu keiner direkten Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen, sondern das Hier und Jetzt steht im Vordergrund. Die Trainer/innen sind bemüht, die Wahrnehmung der Kriegs- und Folterüberlebenden in das aktuelle Geschehen und des gegenwärtigen Erlebens zu lenken. Die Spiele und Übungen werden so geplant, dass es an keine traumatische Erfahrung erinnern soll. Falls es zu einem unerwarteten Trigger von traumatischen Erlebnissen kommen sollte, ist die Traumatherapeut/in anwesend, um mögliche Krisen abzufangen, schildert Ley, Lintl und das Movi Kune Team (2014).

## 6. Methode

Dieses Kapitel schildert, welche qualitative Technik für die Erhebung der Materialsammlung herangezogen wurde, um die Forschungsfragen zu beantworten. Zusätzlich wird erklärt, wie die gesammelten Daten qualitativ ausgearbeitet und abschließend ausgewertet werden.

### 6.1. Forschungsziele

Der Fokus dieser wissenschaftlichen Arbeit liegt auf dem subjektiven Empfinden der teilnehmenden Frauen. Dabei sollen affektive Zustände und deren Veränderungen bei den Zielpersonen vor und nach dem Bewegungsprogramm festgehalten werden. Für die Forschungsarbeit werden einzelne Inhalte der Einheiten berücksichtigt, so wird beispielsweise darauf geachtet, ob während der Sport- und Bewegungstherapie spezifische Inhalte bei den Teilnehmerinnen einen emotionalen Zustand auslösen oder verändern. Es soll evaluiert werden, ob Bewegung und Sport im Laufe der Einheit eine verbesserte oder verschlechterte Wirkung auf das subjektive Empfinden zeigt. Es wird genauer betrachtet, ob der affektive Zustand vor der Einheit ein anderer als nach der Einheit ist.

Das Ziel dieser Studie ist herauszufinden, ob sich ein Zusammenhang zu den durchgeführten Einheiten und dem subjektiven Empfinden erkennen lässt. Die Überlegungen führen zu folgenden Forschungsfragen:

Wie ist das subjektive Empfinden der Frauen vor und nach der Therapieeinheit?

Kommt es zu einer Verbesserung oder Verschlechterung des Gemütszustandes?

Wie wirkt Bewegung und Sport auf ihren Gemütszustand?

## 6.2. Forschungsdesign

Um Forschungsergebnisse zu erlangen, wird die Einzelfallstudie als qualitative Technik genutzt. In der Einzelfallstudie werden Lebensbereiche und Handlungsmuster der ausgewählten Forschungspersonen ganzheitlich und über einen längeren Zeitraum genauestens beobachtet. Berücksichtigt wird der lebensgeschichtliche Hintergrund der Personen, um an essentielle Daten zu gelangen (Mayring, 2002). Diese Art der Analyse ist von großer Bedeutung für eine ganzheitliche Erhebung von Daten. Die Einzelfallanalyse wird umso detaillierter, umso weniger Personen für das Untersuchungsmaterial herangezogen werden. So führt die intensive Beschäftigung mit einzelnen Individuen zu einem besseren Fremdverständnis von deren Vorstellungen, Gedanken und Interpretationen (Lamnek, 2010; Mayring, 2002). Im Rahmen dieser Untersuchung werden zwei Teilnehmerinnen aus derselben Gruppe für die Forschung beobachtet. Die Bewegungs- und Sporteinheiten finden für Männer und Frauen getrennt voneinander statt. Alle Teilnehmer/innen, die im Verein Hemayat betreut werden, haben sich auf freiwilliger Basis für das Projekt „Movi Kune“ entschieden. Das Ziel ist, neben der Gesprächstherapie, durch die Sport- und Bewegungstherapie die persönlichen Ressourcen für das zukünftige Leben zu stärken. Sportliche Vorkenntnisse sind für das Mitmachen an dem Projekt nicht notwendig.

In dieser Forschungsarbeit wird nur die Frauengruppe berücksichtigt. Die zwei ausgewählten Frauen kommen aus verschiedenen Herkunftsländern und sprechen nicht dieselbe Sprache. Sie haben Furchtbares erlebt, mit denen sie nach wie vor zu kämpfen haben. Bei den Forschungspersonen wurde die posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert.

Die Einzelfallanalyse eignet sich für diesen Forschungsrahmen insbesondere deswegen, weil die Untersuchungseinheiten multimethodisch erfasst werden können. Die Einzelfallstudie ist nämlich keine konkrete Erhebungstechnik, sondern stellt vielmehr einen Forschungsansatz, auch Approach genannt, dar. Das qualitative Design ist keine spezifische und isolierte Technik, sondern beinhaltet ein Spektrum an empirischen Erhebungsmethoden. Um ein ganzheitliches, komplexes und realistisches Bild der Forschungspersonen aufzufassen, sind vielfältige Methoden notwendig. „Das Analysematerial kann durch teilnehmende Beobachtung, Interviews, Gruppendiskussionsverfahren oder durch Inhaltsanalyse von Autobiografien, Dokumenten, Berichten und Briefen erlangt werden“ (Lamnek, 2010, S. 274f). In diesem Fall wird die Methode durch die teilnehmende Beobachtung, Forschungstagebüchern, einer kreativen Methode, sowie durch Interviews und dem Erstgespräch ergänzt.

Jedoch zeigt diese Art der Analyse einige Schwächen auf. Ihre größte Schwierigkeit liegt bei dem/der Forscher/in selbst. Die Handlungsmuster und Lebensbereiche unterliegen meistens der eigenen Lebensgeschichte und dem persönlichen Verstehen der Abläufe, sodass es zu einer subjektiven Verzerrung der Beobachtung kommt. Um diesem Problem entgegenzuwirken, sollen weitere Informationsquellen herangezogen werden (Mayring, 2002), was in dieser Studie befolgt wird. Die Verwendung mehrerer Techniken bringt den Vorteil, Fehler zu entdecken und auszukorrigieren. So werden beispielsweise die Interviews mit der teilnehmenden Beobachtung einander verglichen, ergänzt und ausgebessert. Zu beachten ist der Unterschied zwischen dem Gesagten und dem Verhalten (Lamnek, 2002). Die Problematik kann des Weiteren durch das Einbeziehen weiterer Personen gelöst werden (Mayring, 2002). Aus diesem Grund werden im Rahmen der Diplomarbeit die Forschungstagebücher von der Kunsttherapeutin und allen Trainerinnen analysiert. Da alle Beteiligten unterschiedliches wahrgenommen und notiert haben, ergänzen sich die verschriftlichten Beobachtungen. Das Ziel der Analyse ist schlussendlich nicht das Rekonstruieren von Handlungsfiguren der Person, sondern darüber hinaus das Liefern von typischen Handlungsmustern.

### 6.3. Datenerhebung

Für die Erhebung von Daten werden mehrere qualitative Techniken genutzt. Dazu gehören die teilnehmende Beobachtung, das Interview und die kreative Methode. Die Beobachtung und die Befragung ergänzen sich und sichern die Gültigkeit der Daten ab (Lamnek, 2010; Mayring, 2002).

#### 6.3.1. Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung gewährt den Einblick in die natürliche Lebenswelt einer Person. Der/ Die Forscher/in ist daran interessiert die Innenperspektive in alltäglichen Situationen zu ergründen und sucht deshalb die Nähe zum Subjekt. Die Beobachtung ist stark auf das Verhalten der Person gerichtet, damit eine detaillierte Anschauung von den Interaktionsmustern und Wertvorstellungen der Untersuchungsperson erschlossen werden können (Lamnek, 2010; Mayring, 2002). Für eine unmissverständliche Beobachtung sind zwei Punkte wesentlich und zwar die räumliche Begrenzung sowie eine überschaubare Anzahl der Beteiligten. „Je nach den möglichen Ressourcen und den Bedingungen, die durch die angestrebte Güte der Studie vorgegeben sind, wird man sich auf überschaubare, kleinere Gruppen stützen müssen, die in ihrem Verhalten auf bestimmte, lokal abgrenzbare Räume reduziert sind“ (Lamnek, 2010, S. 503). So eignet sich die Turnhalle für die vorliegende Forschung, die zusätzlich eine natürliche Umgebung darstellt. Die Halle kann nicht durch die Forscherinnen verändert werden und die

Bewegungseinheiten sind in anderen Turnhallen ebenso möglich. Um die Anzahl überschaubar zu halten, werden zwei Teilnehmerinnen von der gesamten Gruppe für die genauere Beobachtung herangezogen.

Lamnek (2010) unterscheidet zwischen folgenden Beobachtungsformen:

*Wissenschaftlich – naiv.* Die wissenschaftliche Beobachtung bezieht sich im Gegensatz zu der Alltagsbeobachtung auf allgemeine Kriterien empirischer Forschung.

*Strukturiert – unstrukturiert.* Bei einer strukturierten Beobachtung werden vorab spezifische Kategorien festgelegt, welches dafür eine konkrete Hypothese voraussetzt. Die unstrukturierte Beobachtung ist offener, wobei ein Beobachtungsleitfaden, der angibt was untersucht werden soll, sinnvoll ist.

*Offen – verdeckt.* Der Unterschied besteht darin, dass die Identität als Forscher/in und deren Beobachtung bekannt ist oder geheim bleibt.

*Teilnehmend – nicht-teilnehmend.* Der/ Die Forscher/in wird selbst Teil des beobachteten sozialen Feldes oder beobachtet das Verhalten der Beteiligten nur von außen.

*Aktiv – passiv.* Sie stellt eine Gradierung zwischen teilnehmender bis hin zu nicht teilnehmender Beobachtung dar.

*Direkt – indirekt.* Die direkte Beobachtung ermöglicht das Verhalten zu dem Zeitpunkt festzuhalten, zudem es sich tatsächlich abspielt, während in der indirekten Beobachtung eine Trennung zwischen Beobachter/in und Untersuchungsgegenstand herrscht.

*Feld – Labor.* Das Umfeld kann sowohl ein natürlicher, als auch ein künstlich geschaffener sein.

Den Beobachtungsformen zufolge unterliegt die Forschung einer wissenschaftlichen Beobachtung, da allgemeine Kriterien erfüllt werden: die Beobachtungen unterliegen einem Forschungszweck und werden wiederholt kontrolliert, sodass eine Gültigkeit sichergestellt wird. Des Weiteren werden die Beobachtungen systematisch aufgezeichnet und gewertet (Lamnek, 2010). Es findet eine offene Beobachtungsform statt. Die teilnehmende Gruppe der Sport- und Bewegungstherapie wurde im Vorhinein darüber informiert, dass sie beobachtet werden. Doch das tatsächliche Untersuchungsziel ist ihnen nicht bekannt. Dieser wird ihnen aus dem Grund nicht mitgeteilt, weil solch eine Information zu einer Verfälschung des Verhaltens und daraus folgend zu der Verfälschung des Untersuchungszweckes führen kann. Außerdem wissen die zwei ausgewählten Forschungspersonen nicht, dass sie im Fokus stehen. Der Definition nach Lamnek (2010) unterliegt die vorliegende Studie einer teilnehmenden Beobachtung, wobei sie von der Graduierung zwischen aktiv und passiv manchmal schwankt. Die meiste Zeit wird aktiv teilgenommen, außer einer der Trainerinnen nimmt bewusst die Rolle der Beobachterin ein und

hält sich während der Sport- und Bewegungseinheit im Hintergrund. Die Kunsttherapeutin nimmt in diesem Konzept vielmehr eine nicht-teilnehmende Rolle ein, da sie die Gruppe nur von außen beobachtet. Da alle Beteiligten sich im selben Raum zu derselben Zeit befinden, ist in dieser Studie von einer direkten Beobachtungform, in einer natürlichen Umgebung, die Rede.

### 6.3.2. Forschungstagebuch

Wie zuverlässig die Art der Beobachtungssicherung ist, hängt stark von der Technik der Aufzeichnung ab. Eine direkte Verschriftlichung der beobachteten Informationen erweist sich trotz offener Beobachtungsform als schwierig, da sie nicht immer möglich ist. Neben der Beobachtung besteht die primäre Aufgabe der Beobachterinnen darin, die Einheiten als Übungsleiterinnen abzuhalten. Außerdem ist das unmittelbare Verschriftlichen ein störender Faktor in dem sozialen Umfeld. Die Gültigkeit der Informationen ist gefährdet, aufgrund der begrenzten Erinnerungsvermögen der Beobachter/innen. Ein weiteres Problem stellt die selektive Wahrnehmung, sowie die Vertrautheit dar: „Je vertrauter man mit den Beobachtungsinhalten ist, desto eher erinnert man sich an diese“ (Lamnek, 2010, S. 558). Durch die selektive Verzerrung sind die Erinnerungen von außergewöhnlichen oder bekannten Vorgängen wahrscheinlicher, als solche, die an kein Hintergrundwissen ankoppeln (Lamnek, 2010).

Für die Erstellung von Beobachtungsprotokollen werden unter den Beobachterinnen vorab grobe Hauptkategorien festgelegt. Sie geben an, welche Aspekte genauer erforscht werden sollen. Damit wird die Aufmerksamkeit auf bestimmte Sachverhalte gelenkt. „Dadurch werden die Beobachtungen unterschiedlicher Forscher und unterschiedlicher Situationen vergleichbar und die Ergebnisse leichter verallgemeinerbar“, sieht Mayring (2002, S. 82) als Vorteil an. Dennoch ist dies keine Absicherung für die Erfassung aller bedeutsamen Beobachtungen. Die Trainerinnen waren bemüht, die Tagebücher möglichst detailliert zu halten, so werden zeitweise wichtige Notizen während der Sport- und Bewegungstherapie gemacht. Dafür werden unbeobachtete Momente genutzt, wobei das Schreiben Vorort aufgrund möglicher Störungen, über die meiste Zeit vermieden wird. Die Notizen beziehen sich größtenteils auf die Beobachtungsschwerpunkte, gehen aber auch darüber hinaus. So wird kein starres Beobachtungsschema eingehalten, da dies sogar hinderlich sein kann und besondere Vorfälle nicht wahrgenommen werden (Lamnek, 2010, Mayring, 2002).



Lamnek (2010) weist darauf hin, dass eine nicht zu große Zeitspanne zwischen dem Beobachteten und dem Niederschreiben vorliegen soll. Das verringert die Wahrscheinlichkeit wichtige Informationen zu vergessen. Er empfiehlt, die Notizen schnell auf Papier zu bringen, ohne dabei viel Wert auf die Formulierung zu legen. Ein hemmungsloses Schreiben ist vorteilhaft, um auch komplexe Situationen in ihrer vollen Bandbreite zu erfassen. Für das Protokollieren soll genügend Zeit eingeplant werden, weil schlechte und ungenaue Aufzeichnungen den gesamten Forschungstag im Beobachtungsfeld zunichtemachen können. Günstig ist beim Anfertigen des Forschungstagebuchs das Niederschreiben am Computer, anstelle des Handgeschriebenen. Zum einen kann es passieren, dass durch das schnelle Notieren die eigene Schrift später nichtmehr entziffert werden kann. Zum anderen ergibt sich mit dem Computergeschriebenen die Option, die Forschungstagebücher an weiteren Personen, die in der Forschung tätig sind, problemlos und schnell weiterzureichen. Außerdem eignet sich das Festhalten der Notizen am Computer für die Datenanalyse (Lamnek, 2010).

Für die vorliegende Forschung wird nach den Theorien von Lamnek (2010) und Mayring (2002) gearbeitet. Die Trainerinnen machen zunächst schnelle handschriftliche Notizen, die später maschinell niedergeschrieben werden. Im Vorhinein wurden zwar Beobachtungspunkte, orientiert an den Forschungszielen, für alle Beobachterinnen festgelegt, es werden jedoch auch Informationen darüber hinaus zur Kenntnis genommen. Das Verfassen der Forschungstagebücher wird unabhängig voneinander erstellt. Nach den Sport- und Bewegungseinheiten finden bewusst keine Nachbesprechungen zu Situationen statt, um gegenseitiges Beeinflussen zu verhindern. Die Forschungstagebücher stehen allen Beteiligten am Ende der Forschung zur Verfügung. Aufgrund von persönlichen Daten und dem Datenschutz, werden die Frauen nicht mit ihrem echten Namen in den Protokollen erwähnt. Damit ist die erforderliche Anonymisierung sichergestellt.

### 6.3.3. Leitfadeninterview

Für die Studie wird eine nicht-standardisierte Interviewform angewendet. Trotz vorgefertigtem Leitfaden führt die Interviewerin ein offenes Gespräch. Die Unterhaltung beinhaltet persönliche Fragen, sodass es als Einzelgespräch abgehalten wird. Ziel ist es die subjektive Bedeutung und die Gedanken der Befragten zu erfassen. Das Interview bringt den Vorteil wertvolle, ergänzende und bestärkende Informationen zu liefern. Die Interviewerinnen halten sich bewusst zurück, um die Untersuchungsperson primär zu Wort kommen zu lassen. Auf das Gesagte der Befragten wird näher eingegangen und dazu angehalten einzelne Aspekte genauer zu beschreiben.

Der Leitfaden hat den Zweck bestimmte Inhalte und Fragen anzusprechen, die für die Forschung bedeutsam sind. Eine festgelegte Reihenfolge der zu stellenden Fragen ist dabei nicht relevant. Lamnek schreibt dazu: „Wann diese oder jene Frage mit dem Befragten besprochen wird, ist nicht fixiert, sondern ergibt sich aus dem jeweiligen Verlauf des Gesprächs“ (2010, S. 321). Bei der Erstellung eines Leitfadens ist auf die Offenheit und Flexibilität zu achten. Nur die wichtigsten Fragen bzw. Themenblöcke werden in einem Leitfaden festgehalten. Der/ die Interviewer/in nimmt eine passive Rolle im Gespräch ein und lässt die befragte Person primär reden. Während eines Gespräches, kann es dazu kommen, dass die Befragten wichtige Themenblöcke ohnehin thematisieren, sodass diese Fragen nichtmehr zum Einsatz kommen müssen. Die Fragen sind dem Sprachvermögen der Frauen angepasst und offen formuliert. Ratsam ist es zusätzliche Alternativfragen zu formulieren (Lamnek, 2010; Mayring, 2002). „Der Befragte muss die Sachverhalte möglichst selbst schildern und kann sie nicht einfach mit Ja oder Nein beantworten. Die Fragen an den Gesprächspartner werden gänzlich offen formuliert, mindestens aber durch ein »oder« am Satzende relativierend in Frage gestellt“ (Lamnek, 2010, S. 362). Sobald ein Thema ausführlich behandelt worden ist und der/ die Befragte diesbezüglich nichts mehr zu berichten hat, greift der/die Interviewte ein und setzt das Gespräch mit der nächsten passenden Frage von dem Leitfaden fort. Dabei kann die Dauer eines qualitativen Interviews stark variieren, da es viel von der Gesprächsbereitschaft des Interviewten abhängt (Lamnek, 2010).

Weitere Informationen ergeben sich durch ein weiteres Interview mit der Psychotherapeutin von Fidane. Das Interview ist ähnlich aufgebaut und besitzt einen Leitfaden mit spezifischen Fragen. Dennoch steht die Offenheit im Zentrum, damit der Redefluss während des Interviews nicht unterbrochen wird. Zusätzlich werden die Daten durch die Erstgespräche der Teilnehmerinnen ergänzt. Die Erstgespräche werden entweder von einer Übungsleiterinnen oder der Therapeutin geführt. Sie können als eine Art Kennenlernen der Teilnehmerinnen betrachtet werden. Es werden Informationen über mögliche sportliche Vorerfahrungen gewonnen, sowie deren Erwartungen und Ziele an „Movi Kune“. Das Erstgespräch dient weiters dazu das Programm und deren Ablauf den Teilnehmerinnen genauer zu erklären und mögliche Bedenken oder Schwierigkeiten zu besprechen. Nach dem Gespräch unterschreiben die Frauen und Männer eine Einwilligungserklärung.

Für das Erstgespräch stellt Hemayat Dolmetscher/innen zur Verfügung. Die Erstgespräche gleichen der Herangehensweise der Interviews. Die Gespräche folgen einem Leitfaden, welches als Anhaltspunkt dient, jedoch das offene Reden nicht unterbinden soll.

Der PAR-Q Test kontrolliert den gesundheitlichen Allgemeinzustand der Teilnehmerinnen und überprüft, ob körperliche und sportliche Aktivität unbedenklich sind.

#### 6.3.4. Kreative Methode

Für die vorliegende Studie wird zusätzlich eine visuelle Methode in zwei Sport- und Bewegungseinheiten angewandt. Visuelle Methoden werden in der Forschung oftmals vernachlässigt, obwohl die Interpretation von Bildern eine nützliche Option der Datenerhebung darstellt (Niesyto & Marotzki, 2005). Das Zeigen von Bildern ist nützlich, um Personen bewusst etwas sehen zu lassen. Wie der/ die Betrachter/ in das Bild beschreibt, hängt von den wahrgenommenen Eigenschaften ab, die persönliche Gedanken widerspiegeln. Hierbei können Eigenschaften entstehen, die sich im Bild nicht beobachten lassen. Bilder verfügen über die Fähigkeit, vielfältiges darin zu erkennen. Sie sind nicht in der Lage das einzig Wahrhaftige zu zeigen. „Doch Bilder können nicht ehrlich oder wahrhaftig sein, weil Bilder weder von selbst etwas aussagen noch selbst etwas zeigen“ (Wiesing, 2013, S. 104). Der/ Die Betrachter/in schreibt den visuellen Materialien einen Sinn zu und gibt eine Deutungsmöglichkeit an. Bilder können von jedem betrachtetem Subjekt einen anderen Sinn zugeschrieben bekommen. Sie werden anders interpretiert, als es vom dem/ der Künstler/in eigentlich gemeint war. Deshalb sind Aussagen wie „Man sieht hier, dass der Künstler mit dem Bild dies oder das zeigen will“ (Wiesing, 2013, S.134) kritisch zu betrachten, außer es herrschen Kenntnisse über den Künstler und dessen Werk vor. Anhand von einem Bildtitel kann der/die Künstler/in auf die Sinnzuschreibung hinlenken. Ansonsten wird die beobachtete Person mit den eigenen Vorstellungen und Gedanken zum Interpret des Werkes. Kein Bild ist in der Lage eine Sache so zu veranschaulichen, dass es von jedem Menschen gleichermaßen erlebt wird (Wiesing, 2013).

Die Gesichter, die auf Bildern zu sehen sind werden meistens mit einem emotionalen Zustand beschrieben. „Letztlich mit ihrem ganzen Körper und Gesten, doch insbesondere mit ihrem Gesicht zeigen Personen ihre Befindlichkeiten, Emotionen, Stimmungen, Einstellungen und Wertungen – eben zum Beispiel, dass sie traurig, dass sie aggressiv oder dass sie entschlossen sind“ (Wiesing, 2013, S. 192). Das Gesicht nimmt beim Zeigen der Emotionen einen großen Stellenwert an. Was die Ursache der zu sehenden Emotionen ist, ist durch den/ der Betrachter/in beliebig interpretierbar, wodurch es zu unzähligen Sinnzuschreibungen kommt (Wiesing, 2013).

Basierend auf dem Wissen von Wiesing (2013) wurden in zwei Bewegungs- und Sporttherapieeinheiten insgesamt neunzehn Bilder gezeigt. Auf den Bildern sind nur weibliche Personen zu sehen. Dies ist bewusst von der Kunsttherapeutin gewählt, damit sich die

Teilnehmerinnen besser mit dem Abbild identifizieren können. Unter den Bildern befinden sich auch keine Fotografien, sondern sie bestehen nur aus gezeichneten Werken, die das Hineinversetzen in das Abbild vermehrt fördern soll. „Die Weise, wie hier ein Mensch dargestellt ist, ist eine Folge des Zweckes, den diese Darstellung erfüllt. Eine Fotografie eines Menschen würde diesen Zweck nicht so gut erfüllen wie eine schematische Darstellung“ (Wiesing, 2013, S. 165), schreibt der Autor diesbezüglich. Auf den meisten Bildern sind die Gesichtsausdrücke der gezeichneten Frauen genau zu erkennen oder stehen sogar im Fokus. Es soll den Teilnehmerinnen verhelfen, eine Emotion darin zu erkennen. Die Bilder sind sehr unterschiedlich gezeichnet oder gemalt. Einige beinhalten Farben, andere sind in Schwarz-Weiß. Die Bilder sind entweder malerisch oder linear dargestellt, beinhalten entweder viel oder wenig Schatten. Des Weiteren beinhalten sie keinen Titel, damit es zu keiner Beeinflussung bei der Interpretation des Bildes kommt und die Frauen ihre eigene Deutung schildern können.

Die Bilder werden auf einer Seite der Turnhalle an die Wand befestigt, sodass die Teilnehmerinnen alle Bilder im Blickfeld haben. Sie werden vor Beginn der Sporteinheit gebeten, sich für eines der Bilder zu entscheiden, welches ihren affektiven Zustand beschreibt. Die zwei Forschungspersonen werden genauer befragt, was sie im Bild sehen und wie sie die abgebildete Frau beschreiben würden. Nach der Einheit müssen die Teilnehmerinnen erneut ein Bild aussuchen, das ihren affektiven Zustand nach dem Sportprogramm widerspiegelt. Bei den Forschungspersonen wird wieder nach einer genaueren Schilderung gefragt. Das Zeigen der Bilder verhilft die Emotionen, Einstellungen und Gedanken zu beschreiben.

#### 6.4. Datenauswertung/-analyse

Für die Auswertung der qualitativen Daten wird die Software ATLAS.ti verwendet. Sie bietet eine Vielzahl an Werkzeugen an, die zu einer übersichtlichen Strukturierung der Rohdaten verhilft. Das systematische Analysieren der Daten ist durch das Softwareprogramm erleichtert. Die Forschungstagebücher, die Bildinterpretationen, die Interviews, sowie die Erstgespräche werden in ATLAS.ti als Dokument gelesen und bearbeitet. Wichtige, informative Textstellen werden markiert und in Codes unterteilt. Die Liste der Codes ist stets im Blickfeld, sie sind jederzeit abrufbar und können beliebig oft überarbeitet werden. ATLAS.ti bietet einem die Möglichkeit, zu den kodierten Textstellen Kommentare hinzuzufügen.

Die informativen, kodierten Textstellen sind trotz der Menge an Daten schnell im Originaldokument wiederzufinden, da die Software die Zitate nummeriert. In der Fallanalyse wird wie folgt aus den Originaldokumenten zitiert:

*„Beim Spiel „Kegelfußball“ ist Alima die Erste, die es schafft, einen Kegel von der Gegenmannschaft umzuwerfen. Ihre Gruppe applaudiert und Alima freut sich“ (Xh, E10, 2:1).*

Xh ist die Verfasserin, E10 gibt die Nummer der Einheit an und 2:1 ist die Zitatnummer von ATLAS.ti.

Bw, Ed, So, Th und Ti sind weitere Verfasserinnen, deren Dokumente für die Analyse herangezogen werden. Zusätzliche Abkürzungen sind „EG“, welches für Erstgespräch steht, „I-Al“ für das Interview mit Alima, „I-Fi“ steht für das Interview mit Fidane und „I-Ni“ für das mit der Psychotherapeutin von Fidane.

Die Namen Alima und Fidane sind von mir festgelegte Namen, um die Anonymität der Forschungspersonen zu bewahren. Die Namen sind passend zu ihrer ursprünglichen Heimat, sowie mit der zutreffenden Namensbedeutung ihrer Persönlichkeit gewählt.

## 7. Fallstudie Alima

Alima lebte mit ihrem Mann und ihren beiden Kindern in einem nördlichen arabischen Staat. An jenem Ort herrschte Krieg, bei dem ihr Mann ums Leben kam. Dies führte bei ihr zu enormen psychischen Belastungen. Sie biss sich tief in die Zunge und musste wegen der Wunde schließlich zum Arzt. Der Arzt im Herkunftsland empfahl ihr daraufhin Sport als Ausgleich. Sie suchte dennoch einen Psychiater auf, der ihr Antidepressiva verschrieb. Über die letzten Jahre nahm sie die Medikamente regelmäßig ein.

Aufgrund des Krieges und der politischen Lage sah sich Alima gezwungen mit ihren beiden Kindern zu fliehen. Vor ungefähr eineinhalb Jahren erreichte sie Österreich. Das erlebte Schrecken zeigte sich fortlaufend im Exilland. Bei dem Erstgespräch für das Sport- und Bewegungsprogramm Movi Kune machte Alima einen sehr instabilen Eindruck und war viel am Weinen. Vor allem als es um ihren verstorbenen Mann ging. Ein weiterer Stressfaktor waren die Kinder. In Österreich hatte sie zunächst große Angst einen Psychiater zu besuchen, da sie befürchtete, ihre Kinder könnten ihr weggenommen werden.

Durch den angestauten Frust und Ärger kam es bei Alima zu explosionsartigen Wutausbrüchen, bei denen sie sehr laut wurde und viel schrie. Ihre Kinder erlebten die Entladungen mit und bekamen deshalb Angst vor der Mutter. Nach den Wutausbrüchen ging es Alima immer schlechter als zuvor, da sie um die Kinder besorgt war. Sie fürchtete, dass ihr Verhalten negative Auswirkungen bei ihren Kindern hinterlassen würde, was sie im Nachhinein sehr stresste. Zudem

kamen ihre Schlafprobleme hinzu. Sie schlief sehr unruhig und wachte öfters in der Nacht auf, sodass sie auf maximal fünf bis sechs Stunden Schlaf kam.

In ihrer Heimat war sie von Beruf aus Chemikerin. Anfang Oktober 2017 bestand sie den Deutschkurs B1. Nun ist sie dabei, den Deutschsprachkurs B2 zu belegen. Ihr Wunsch ist es schnellst möglichst eine Arbeit zu finden, am liebsten als Lebensmittelchemikerin. Englisch hat sie aufgrund ihrer momentanen Befassung vergessen. Doch sie zeigt sich optimistisch und ist davon überzeugt, dass sie die verlorenen Sprachfähigkeiten wiedererlangen wird.

Alima nimmt mit dem Wintersemester 2017/18 zum ersten Mal an Movi Kune teil. Der PAR-Q Test zeigt, dass sie aus medizinischer Sicht körperlich gesund ist und sportliche Aktivitäten unbedenklich ausgeführt werden können. Alima weist sportliche Vorerfahrung auf, da sie in ihrer Heimat bereits Aerobic gerne machte. Sie zeigt sich am Sport- und Bewegungsprogramm interessiert. Grund dafür ist der Rat von dem Arzt aus ihrer Heimat. Außerdem traut sie sich eine regelmäßige Teilnahme zu.

## 7.1. Gesteigerte Aktivierung und Valenz

### 7.1.1. Sportspiele und Ballsportarten

Alima gehört in der Frauengruppe zu den sportlicheren und geschickteren Teilnehmerinnen. Am häufigsten wird das in Spielsituationen und den verschiedensten Ballsportarten beobachtet: „Das Spiel Kastenball verläuft gut, Alima ist besonders engagiert. Sie scheint außerdem einen Sinn für Taktik zu haben, sie läuft sich immer wieder frei und bietet sich ihren Mitspielerinnen als Anspielstelle an“ (Ti, E20, 22:2). Sie besitzt ein gutes Spielverständnis und flüchtige Spielerklärung reichen ihr als Instruktion meistens aus (vgl. Xh, E19, 6:1 & Xh, E20, 7:1).

Bei den Sportspielen und den Ballsportarten steigt ihre Aktivierung ins Positive. Sie wirkt in solchen Momenten sehr lebhaft und ausgelassen. In den Tagebüchern wird dies mehrmals von den Übungsleiterinnen und der Therapeutin notiert: „Beim Spiel „Ball über die Schnur“ waren Alima, XX und XY sehr aktiv“ (So, E6, 36:1; vgl. Xh, E6, 13:1), „Alima läuft viel, ist oft in Ballbesitz und ist in ihrer Gruppe die Aktivste“ (Xh, E11, 3:3; vgl. So, E11, 29:3), „Beim Volleyball sind wieder Frau XY und auch Alima sehr engagiert und haben sehr viele Ballkontakte“ (Ti, E14, 21:1), „Beim Versteinern waren XY und Alima sehr aktiv“ (So, E19, 32:1), „Alima war auch sehr aktiv“ (So, E20, 33:2), „Flow im Spiel im speziellen bei XX, Alima und XY“ (Ed, E20, 55:1).

Das aufgeweckte Verhalten wird von lustvollen, angenehmen Emotionen begleitet. Einige Beispiele: „Beim Spiel „Kegelfußball“ ist Alima die Erste, die es schafft, einen Kegel von der Gegenmannschaft umzuwerfen. Ihre Gruppe applaudiert und Alima freut sich“ (Xh, E10, 2:1), „Alima klatscht für sich nach einem guten Wurf. Heute sehr präsent, aktiv, zeigt Humor. Spaß über ihre Haltung, nimmt verschiedene Stehpositionen ein, zieht Grimassen und muss über sich selbst lachen“ (Ed, E19, 52:3), „Sie grinst oft beim Spielen und wirkt gut gelaunt“ (Xh, E19, 6:1)“, „Alima lacht viel und ist motiviert, sie versteht das Spiel sofort und klatscht auch zur Musik zwischendurch“ (Th, E20, 25:2).

Ihre Stimmung hängt dabei nicht vom Spielstand ab. Vielmehr ist ihr die Bewegung und ihre persönliche Leistung wichtig: „Ich habe nur von Alima mitbekommen, dass sie bei der Aufgabenstellung nicht geschummelt hat. Als sie am Ziel ankommt, ist ihr Zeitungsblatt schon bis zu den Knien runtergerutscht, doch sie freut sich, dass sie es geschafft hat, ohne die Hände zu verwenden“ (Xh, E8, 15:1). Auch ist die Anteilnahme der restlichen Frauen irrelevant: „Das Fangen war erst ein bisschen fad, aber Alima und Frau XY waren trotzdem sehr aktiv“ (So, E20, 33:1; vgl. Xh, E6, 13:2).

Sogar an Tagen, an denen sich Alima in schlechter emotionalen Befindlichkeit befindet, erhellt sich ihre Stimmung in Ball- /Spielsituationen: „Auch bei Fidane und Alima stelle ich eine Gefühlsveränderung fest. Beide Frauen nehmen sehr aktiv am Spiel teil, sie bewegen sich viel - springen, laufen und decken bei jeder Gelegenheit“ (Xh, E3, 10:1), „Frau XX, Frau XY und Alima merkt man die schlechte Laune/ die Müdigkeit nicht an“ (Xh, E23, 8:3).

Abgesehen von den Beobachtungen der Übungsleiterinnen und der Therapeutin, macht Alima öfters die Aussage, dass ihr Ballspiele bzw. Spiele jeglicher Art am meisten Freude bereiten (vgl. Ti, E11, 20:2). Ähnliches sagt sie Monate später im Interview. Grundsätzlich gefällt ihr das Sport- und Bewegungsprogramm sehr, doch den meisten Spaß empfindet sie bei den schnellen Bewegungssequenzen wie zum Beispiel den Ballsportarten und den Sportspielen (vgl. I-AI, 46:5).

### 7.1.2. Aerobic

Im Erstgespräch wurde in Erfahrung gebracht, dass Alima in ihrer Heimat sehr gerne Aerobic-Stunden besuchte. Als Aerobic erstmals in Movi Kune am Plan steht, freut sich Alima ungemein. Dies ist nicht nur anhand ihrer gesteigerten Aktiviertheit zu erkennen, sondern auch durch ihre ausgeladene Gestik und Mimik: „Alima hat es sehr gut gefallen, das hat sie zum einen gesagt, man hat es aber auch an ihrer Körpersprache gesehen, sie wirkte sehr motiviert und ihre Bewegungen waren sehr kraftvoll und ausladend“ (So, E9, 28:1).

Zudem verbalisiert sie ihre Freude „Am Ende der Einheit fragt mich Alima ganz glücklich und mit strahlendem Gesicht, ob wir am Freitag wieder Aerobic machen und tanzt dabei etwas“ (Xh, E6, 13:3), „Alima erwähnt bei der Step-Station, dass Aerobic ihre Lieblingssportart ist. Alima wirkt glücklich und motiviert“ (Xh, E37, 17:2).

Ihre Erfahrung ist ihr in dem Bereich anzumerken, da sie neben der guten Ausführung sehr kreativ wird und sich die Bedingungen eigenhändig erschwert: „Beim Aerobic ist sie mit Abstand die beste und kombiniert auch selbstständig die Armbewegungen zu den Schritten“ (Ti, E9, 19:2), „bei der zweiten Runde Aerobic wollten auch alle Damen zusätzlich Gewichte haben, Alima hat sich sogar die schwersten Gewichte (1,5 kg) genommen“ (So, E5, 35:2).

Alima weiß, dass in der Sportart ihre Stärke liegt, da sie bereits die Schrittkombinationen im Vorhinein beherrscht (vgl. I-AI, 46:4).

### 7.1.3. Koordinationsleiter, Gleichgewicht, Kräftigung

Alima fallen koordinative Aufgaben leicht, was zum einen in Aerobic zu beobachten ist, zum anderen während den Übungen mit der Koordinationsleiter: „Sie merkt sich die Abläufe und ist auch koordinativ sehr geschickt“ (Xh, E3, 10:3). In solchen Momenten wird sie sehr eifrig und fokussiert sich nur auf die Aufgabe und die Schrittkombinationen. Die Zufriedenheit ist ihr bei einem Erfolg anzumerken: „Außerdem freut sie sich, wenn sie die Koordinationsleiter richtig bewältigt und schaut sehr konzentriert, wenn neue Abläufe vorgezeigt werden“ (Xh, E3, 10:4). In einer weiteren Einheit wird ähnliches Verhalten beobachtet: „Alima macht es sehr viel Spaß und bemüht sich, die Koordinationsleiter Fehlerfrei zu durchlaufen. Bei einer anspruchsvolleren Schrittkombination sagt sie zufrieden zu mir Jetzt habe ich nur einen Fehler gemacht“ (Xh, E7, 14:1). Eine andere Übungsleiterin schreibt dazu: „Die Koordinationsleiter wirkte fast wie ein Spiel unter Kindern, v.a. bei Frau XY und Alima, die Frauen haben die Koordinationsleiter denke ich weniger aus Aufgabe gesehen, sondern als Spiel, das sie vielleicht sogar an frühere Zeiten erinnert hat“ (So, E7, 26:1).

Positive Reaktionen werden bei einem spielerischen Parcours erfasst, bei dem der Schwerpunkt auf Gleichgewicht liegt. Wieder ist sie auf die Bewegung konzentriert und bemüht sich den Parcours zu meistern. Wie bereits bei den Ballspielen bzw. Spiele jeglicher Art beobachtet wurde, lässt sich Alima nicht von der Grundstimmung der restlichen Teilnehmerinnen beeinflussen, sondern vielmehr von der eigenen Leistung hinleiten: „Der Gleichgewichtsparcours kam bei den Frauen nicht so gut an, außer bei Alima, sie wollte eine Übung, bei der man einen Frisbee auf dem Kopf balancieren sollte, von sich aus noch ein zweites Mal ausprobieren“ (So, E16, 31:1; vgl.



Xh, E16, 5:3), „Balanceübungen Frisbee - Alima meint schwierig, aber nachdem die erste Runde einwandfrei klappt möchte sei eine zweite Runde einlegen. Wirkt stolz auf sich als es ihr als einzige gelingt“ (Ed, E16, 53:1).

Alima ist deutlich anzumerken, dass ihr dynamische Bewegungsformen mehr Spaß bereiten. Bei der Kräftigung, wo die Bewegung kontrolliert und langsam ausgeführt werden muss, nimmt ihre Aktivierung und ihr Lustempfinden ab. Doch an Tagen, an denen Alima äußerst positiver Stimmung war, wurde auch in diesem Bereich positive Aktiviertheit festgestellt: „Alima ist heute ebenfalls besonders motiviert und macht mehr Wiederholungen als notwendig“ (Ti, E8, 18:2).

## 7.2. Gesteigerte Aktivierung und niedrige Valenz

An vielen Tagen kommt Alima sehr aufgeladen und aktiviert in die Einheit. Sie ist sehr regsam und auffällig viel in Bewegung: „Während der Wartezeit geht sie nach dem Gespräch mit Frau XY und Ed zu einem Fahrrad und sportelt schon. [...] Alima kommt vom Radfahren zurück in den Raum, nimmt sich einen Ball und bewegt sich damit auf und ab“ (Xh, E14, 4: 11 & 4: 12).

Auch nachdem sich die Frauen sportlich betätigen ist Alima in den Zwischenpausen weiterhin zappelig: „Alima hingegen war beim Spiel sehr aktiv, auch in den Trinkpausen nimmt sie sich einen Ball und spielt alleine weiter“ (So, E8, 27:1; vgl. Ed, E8, 51:2). Sie wird bei längeren Pausen sogar ungeduldig: „Alima wird ungeduldig und sagt zu So und mir, dass die Frauen zu viel reden“ (Xh, E16, 5:1) Vergleichbare Situationen werden auch in anderen Einheiten festgehalten (vgl. So, E4, 34:1; Xh, E19, 6:3).

Darüber hinaus ist in manchen Einheiten ihr starker Bewegungsdrang nicht nur in den Bewegungspausen, sondern auch während der Bewegungszeit selbst zu beobachten: „Alima scheint heute viel Wut in sich zu tragen, sie ist fast schon übermotiviert bei jeder Übung, und dass, obwohl sie den Weg von der Thaliastraße bis zum Kursort zu Fuß gegangen ist, da der Bus zu lange gebraucht hätte“ (Ti, E9, 19:1), „Alima ist voller Bewegungsdrang; sie läuft viel mehr als notwendig und das auch noch mit einer hohen Geschwindigkeit“ (Xh, E20, 7:2).

Alima versucht sich anhand der Bewegung zu entladen, was bei bestimmten Spielen noch vielmehr ersichtlich erscheint: „Die Würfe der Frauen sind relativ fest und stark, vor allem bei Alima wirkt es so, als würde sie gebündelte Energie ablassen“ (Xh, E11, 3:2), „Beim Treibball konnte man sehen, dass bei den Frauen viel Wut da ist, Frau XY und Alima haben mit den kleinen Bällen voll auf den Pezziball draufgehauen“ (So, E11, 29:2).

Selbst langsame, kontrollierte Bewegungen führt sie, in so einem emotionalen Zustand, sehr hektisch aus: „sehr schnelle ruckartige Bewegungen. Geringes Körperempfinden“ (Ed, E19, 52:2; vgl. So, E19, 32:4).

Alima fällt es schwer zu Ruhe zu kommen, was insbesondere beim Entspannungsteil ersichtlich wird. Besonders in der Anfangszeit bei Movi Kune verhielt sie sich hier sehr unruhig und schaffte es kaum fünf Minuten innezuhalten: „Die letzten fünf Minuten dienen der Entspannung. Dabei sollen sich die Frauen auf die Atmung konzentrieren. Alima setzt sich kurz vor Schluss auf und deutet uns Leiterinnen an, dass ihr schwindelig geworden ist“ (Xh, E5, 12:4; vgl. So, E5, 35:4), „Bei der Schlusspannung waren Alima und Frau XY unruhig, ich habe sie beide laut und unregelmäßig atmen hören, sie haben auch manchmal Arme und Beine bewegt“ (So, E8, 27:2), „Alima wirkt etwas unruhig und ich höre, wie sich mehrmals bei der Übung bewegt. [...] Nachdem die fünf Minuten Entspannungsphase vorbei ist und wir uns alle wieder aufsetzen, bemerke ich, wie traurig Alima wirkt. Es scheint so, als wäre es in den fünf Minuten noch schlimmer geworden, als es bereits von Beginn an war“ (Xh, E9, 1:5 & 1:6).

Über die Monate wurde eine Verbesserung diesbezüglich erfasst: „Alima liegt während der Entspannung komplett ruhig auf dem Rücken und bewegt sich gar nicht. Nach der Entspannung wirkt Alima recht neutral“ (Xh, E19, 6:8). Im Interview äußert sich Alima positiv zu der Entspannung. Ergänzend verrät sie, dass sie dadurch gelernt hat, mehr auf ihre Atmung zu achten (vgl. I-AI, 46:8).

### 7.3. Niedrige Aktivierung und Valenz

Sobald eine ruhige Atmosphäre, wie beim Mobilisieren, Dehnen oder Massieren, geschaffen wird, kommt es bei Alima öfters zu einer schlagartigen negativen Stimmungsänderung: „Alima wirkt nicht mehr so glücklich und locker, wie sie es beim Basketball spielen war. In den letzten 15 Minuten wird eigenständig massiert. Alima sitzt derweil nur auf der Matte und beteiligt sich nicht. Sie schaut sehr nachdenklich und traurig aus“ (Xh, E23, 8:9).

Auch in Spielsituationen, in denen wenig Bewegung stattfindet oder in jenen, die sich länger anfühlen, wird eine ähnliche Stimmungsänderung beobachtet: „Auch Alima, die anfangs sehr aktiv war, ist jetzt eher seitlich im Spielfeld und schaut mehr zu, als dass sie tatsächlich am Spiel teilnimmt“ (Xh, E10, 2:3), „Bei ihr fällt mir stark auf, dass sie sich immer mehr und mehr vom Spielgeschehen zurückzieht. Sie wirkt nicht mehr so gelassen wie vorher, sondern macht einen eher nachdenklichen und bedrückten Eindruck“ (Xh, E14, 4:6).

## 7.4. Sozialer Aspekt

### 7.4.1. Bezug Teilnehmerinnen

Gegenüber der Gruppe verhält sie sich kollegial. Doch einen engeren Bezug stellt sie nur zu einer anderen Teilnehmerin, die aus demselben Land kam, auf. Alima beherrscht im Gegensatz zu ihr die deutsche Sprache gut und half damit der Frau öfters beim Verstehen (vgl. Ed, E8,51:1; Xh, E14, 4:1; Xh, E16, 5:5). Über die Zeit entsteht eine freundschaftliche Beziehung und sie plaudern in den Einheiten stets miteinander. Wenn Alima in schlechter Verfassung in die Einheiten kommt, kümmert sich die Frau um sie (vgl. Ed, E9, 54:1).

Die Leiterinnen beobachten, wie der soziale Kontakt zu den Teilnehmerinnen zu einer Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit führt: „Es wird über Massagen geredet. Frau XY erklärt, dass sie früher massiert hat, stellt sich hinter Alima und fängt plötzlich an, sie zu massieren, ohne sie davor nach ihrer Erlaubnis zu fragen. Die Frauen und auch Alima lachen. Das Gespräch weckt sie wieder auf und sie wirkt wieder etwasmunterer“ (Xh, E14, 4:7).

### 7.4.2. Bezug Übungsleiterinnen

Alima nimmt mehrmals Kontakt zu den Übungsleiterinnen auf. Sie unterhält sich gerne mit den Trainerinnen und ist auch an deren Persönlichkeit interessiert. Sie fragt beispielsweise nach den Namen und deren Wohlergehen, was nur die wenigsten Teilnehmerinnen machen (vgl. Th, E20, 25:1; Xh, E11, 3:1). In Spielsituationen lenkt sie ihre Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die Leiterinnen. So versucht sie in etwa bei Fangspielen nur die Leiterinnen zu erwischen: „Mit Alima und XY liefere ich mir immer wieder ernsthafte „Verfolgungsjagden“, bei denen ich durch schnelle Richtungswechsel (nur teilweise erfolgreich) versuche, nicht gefangen zu werden. Die beiden scheinen in ihrem Ehrgeiz gefordert, mich zu erwischen und besonders Alima entwickelt daraus ein Spiel, bei dem sie es immer wieder auf mich anlegt“ (Ti, E20, 22:1), „Ich bin bereits gefangen und bleibe wie versteinert stehen. Rennt Alima grinsend zu mir, tupft mich mit dem „Fänger-Ball“ an und sagt daraufhin und noch einmal gefangen“ (Xh, E19, 6:2). Bei Gruppenspielen freut sie sich, wenn eine von uns in ihrem Team ist (vgl. Xh, E23, 8:2).

Alima verhält sich gegenüber den Trainerinnen sehr locker und kameradschaftlich. Sie scherzt viel mit ihnen und scheint gut gelaunt zu sein (vgl. Ti, E14, 21:2; Xh, E20, 7:5; Xh, E23, 8:4). Ihre schlechte emotionale Verfassung ist daher umso deutlicher zu erkennen, da sie sich an solchen Tagen, von den Trainerinnen und der restlichen Gruppe fernhält: „Sie blickt oft zu Boden, meidet Augenkontakt und hat kein Lächeln im Gesicht, wie sie es üblicherweise hat“ (Xh, E9, 1:3).

Ein Deutschkurs verursacht eine Terminkollision mit Movi Kune, sodass Alima über Wochen nicht teilnehmen kann. Sie bleibt weiterhin in Kontakt mit Edita, entschuldigt sich für ihr längeres Fernbleiben und teilt ihr mit, dass sie das gesamte Movi Kune-Team sehr vermisst und sich auf das Wiedersehen bereits freut. Als Alima nach der langen Pause wieder auftaucht, ist ihre Freude ausgesprochen groß. Sie erzählt dem Team detailreich von ihren Wochen und verbalisierte ihre Freude über ihr Dasein: „Nach dem Zirkeltraining erzählt mir Alima, dass sie einen Deutschkurs täglich besuchen musste und deshalb nicht in die Sparteinheit kommen konnte. Sie hatte eine Prüfung und wartet nun auf die Ergebnisse. Sie meint, dass sie froh ist wieder Zeit zu haben um wieder dabei sein zu können und dass sie uns vermisst habe“ (Xh, E37, 17:4).

#### 7.4.3. Bezug Therapeutin

Edita wurde zu Alimas Vertrauensperson. Bei privaten Schwierigkeiten und Anliegen holt sie sich stets die Meinung von Edita und lässt sich von ihr beraten (vgl. Xh, E7, 14:2). Sie teilt besonders der Therapeutin ihre Gefühle mit und sucht demnach Hilfe bei ihr: „Alima sah heute auch sehr schlecht aus, die hat Ed auch nach der Einheit nach einem Termin mit einer Psychologin gefragt“ (So, E9, 28:2). Bei den Übungsleiterinnen pflegt sie eher einen lustigen, oberflächlicheren Kontakt, während die Gespräche mit Edita ernst und vertrauter sind. Von privaten Geschehnissen berichtet sie Edita etwas, wovon die Übungsleiterinnen nichts mitbekommen: „Alima Kinn verbrannt durch heißen Kaffee, es schmerze sei aber schon viel besser“ (Ed, E19, 52:1). Jegliche Informationen und Gefühlszustände werden der Therapeutin mitgeteilt: „Alima – Termin Kinder, erleichtert über Termin Psychologin“ (Ed, E13, 61:1).

Das Lob von Edita bedeutet ihr viel: „Alima stellt sie hier auch sehr geschickt an, sodass Ed sie fragt, ob sie schon einmal solche Übungen gemacht habe. Sie freut sich über das Lob und sagt, dass sie das zum ersten Mal mache.“ (Xh, E16, 5:4).

Als Alima nach ihrer langen Abwesenheit zum ersten Mal wieder in Movi Kune dabei ist, gestaltet sich das Wiedersehen mit Edita sehr liebevoll: „Alima, die seit längerem nichtmehr anwesend war, kommt während dem Spiel in den Saal. Sie freut sich sichtlich hier zu sein. Geht auf Ed mit strahlendem Gesicht und grüßt sie recht herzlich“ (Xh, E37, 17:1).

## 7.5. Gefühlszustand vor und nach der Einheit

Es gibt Einheiten, in denen Alima keine Gefühlsveränderung zwischen Beginn und Schluss der Einheit wahrnimmt. Dies liegt jedoch daran, dass sie bereits in guter emotionaler Befindlichkeit in die Einheit kommt und diese dergleichen verlässt (vgl. Xh, E3; 10:5; Xh, E6, 13:4; Xh, E7, 14:3 & Xh, E11, 3:5).

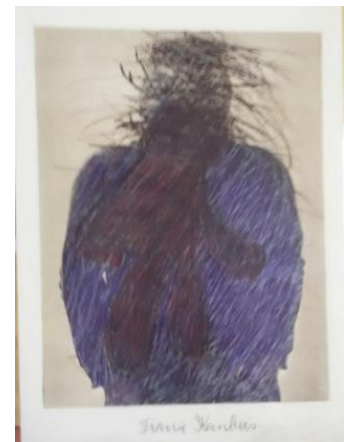
In der vierten Einheit hat Alima zu Beginn der Einheit negative Affektzustände. Die sportliche Betätigung erhellt ihre Gefühlslage, sodass sie die Einheit in einer besseren Befindlichkeit verlässt (vgl. Xh, E4, 11:1). In weiteren Einheiten verspürt Alima eine Gefühlsbesserung durch Movi Kune (vgl. Xh, E9, 1:7; Xh, E8, 15:3 & Xh, E10, 2:4).



In der 23. Einheit ist Alima wieder in schlechterer Verfassung, welche sich jedoch nicht verbessert. In dieser Einheit wird die Bildinterpretation durchgeführt. Alima sieht sich alle Bilder gründlich an und lässt sich bei ihrer Auswahl Zeit. Zu Beginn der Einheit entscheidet sich Alima für die links abgebildete Frau. Sie beschreibt die Frau als nachdenklich, die viel über ihre Zukunft denkt und dabei große Angst verspürt. Sie befürchtet, dass die Zukunft nichts Gutes erbringen wird (vgl. Xh, E23, 8:8).

**Abb. 4:** Alimas Wahl vor der Einheit, E23

Das rechte Bild wählt sie nach dem Programm aus. In der Einheit sind ihr die unangenehmen Gefühle bis zum Schluss anzumerken. Vor allem in den ruhigen Momenten ist sie tief in ihren Gedanken versunken. Sie nimmt nicht aktiv an der Kräftigung und dem Massieren teil. Auch meidet sie den Kontakt zu den restlichen Beteiligten. Auf die Frage, was sie in diesem Bild sieht, antwortet Alima in der Ich-Form. Sie kommt auf das Anfangsthema zurück. Ihre Zukunftsaussichten lösten in ihr weiterhin große Angst aus. Ihr Kopf lässt keine anderen Gedanken zu und aus dem Grund könnte er explodieren (vgl. Xh, E23, 8:8).



**Abb. 5:** Alimas Wahl nach der Einheit, E23

Im Interview erzählt Alima davon, wieviel Spaß sie über die gesamte Einheit hindurch hatte und sich jedes Mal auf Dienstag und Donnerstag wegen des Programms freut (vgl. I-AI, 46:2 & 46:3). Sie bemerkt durch Sport eine solche positive Wirkung, dass sie von einer täglichen, 20-minütigen Sporteinheit zuhause berichtet. Außerdem findet sie den Mut eine Zumbastunde außerhalb des Programms zu besuchen (vgl. I-AI, 46:11). Sie merkt eine Reduzierung ihres Stressempfindens durch Sport. Das nimmt sie als ihre Motivation zum regelmäßigen Sporttreiben (vgl. I-AI, 46:10).

## 8. Fallstudie Fidane

Die politische Situation im ehemaligen Jugoslawien hat Fidane gedrängt, aus ihrer Heimat zu fliehen. Mit ihrem Mann, ihren beiden Kindern und anderen Familien ist sie zunächst in den Wald geflohen, wo sie sich längere Zeit aufhielten. Während der Zeit ihrer Flucht ist Fidane schwanger gewesen. Schließlich haben sie es bis nach Österreich geschafft, wo Fidane ihr Kind zur Welt brachte. Über die Zeit hat sie sich von ihrem Mann getrennt und nun ist sie eine alleinerziehende Mutter.

Fidane leidet sehr unter den Erlebnissen aus der Heimat und der Flucht. Sie weist verschiedene Symptome auf und ist psychosomatisch schwer erkrankt. Sie verspürt viele Schmerzen, verteilt über den gesamten Körper. Ihr Zustand hat sich über die Jahre verschlechtert. Der Krieg verfolgt sie in Gedanken weiterhin. Dementsprechend reagiert sie auf laute Geräusche oder uniformierte Personen sehr panisch und schreckhaft. Ihre große Sorge um ihre Kinder ist ebenso präsent. Diese Sorge stellt zugleich eine starke Belastung für die Kinder selbst dar. Erinnerungen an die Kriegszeit führen zu einer rapiden Befindlichkeitsänderung ins Negative. Wenn sie in Angst- und Panikzustände gerät, verlässt sie die Wohnung. Durch den Anblick der Menschen wird ihr bewusst, dass die Schreckensbilder nicht gegenwärtig und real sind. In Folge ist sie wieder beruhigt.

Fidane leidet unter enormen Schlafproblemen, da sie von Alpträumen verfolgt wird und dadurch ständig aufwacht. Es gibt Nächte, in denen sie gar nicht schlafen kann. Tagsüber fühlt sie sich dementsprechend müde und benötigt viel Energie um den Tag zu bewältigen. Vor dem Krieg hatte Fidane das Gefühl, vieles im Leben erreichen zu können, doch dies hat sich schlagartig geändert und ihre Träume und Zukunftspläne wurden zerstört.

Sie befindet sich seit drei Jahren in Psychotherapie bei HEMAYAT. Ihre Therapeutin hat ihr das Sport- und Bewegungsprogramm Movi Kune empfohlen: „Also ich habe dann ihr das vorgeschlagen und sie hat sofort angenommen“ (I-Ni, 95:32).

Fidane ist eine der am längsten an dem Bewegungsprogramm teilnehmenden Frauen. Da sie viel von Movi Kune profitiert hat, kommt sie über die Jahre hinweg sehr regelmäßig. Sie strukturiert ihre Termine und Tage dementsprechend ein, damit sie für Movi Kune nicht verhindert ist.

Bereits beim Erstgespräch hat sie mitgeteilt, dass sie einen positiven Bezug zu Sport hat und sich gerne sportlich betätigt. In ihrer Heimat hat sie getanzt, ist geritten und ist viel Fahrrad gefahren. Ihre Therapeutin berichtet an dieser Stelle: „sie hatte früher ja auch mehr Sport gemacht als

Mädchen und da ist etwas verbindendes zu ihrer Jugend, sie bedauert ja das sehr, wie jeder Mensch bedauert, dass wenn er alt wird, nicht mehr so taff ist, noch dazu wenn er behindert ist durch schwere traumatische Geschichten“ (I-Ni, 95:15). Fidane bezeichnet sich selbst als sportlich „ich bin auch ein sportlicher Mensch“ (I-Fi, 112:7). In Wien hat sie mehrere Monate lang ein speziell für Frauen geöffnetes Fitnessstudio besucht. Den Mut auch andere Studios zu besuchen hat sie nicht, da dort „starke Männer“ (EG, 127:1) anwesend wären. Früher hat sie manchmal Übungen, die sie aus der Physiotherapie kennt, zuhause ausgeübt. Ihre Kinder unterstützen sie in dem Bereich und kaufen ihr Sportsachen und Sportgeräte.

Seitdem sie Großmutter geworden ist, fand sie zu Hause kaum Zeit für Sport. Zur Bewegung kommt sie deshalb ausschließlich durch Movi Kune und indem sie lange Strecken zu Fuß geht. Sie geht vor allem gerne in der Natur spazieren, weil sie dies an ihre Heimat erinnert: „Sie geht spazieren gerne, die Natur ist ein großes Thema“ (I-Ni, 95:37).

Anhand des PAR-Q Tests wird in Erfahrung gebracht, dass Fidane vor Jahren einen Bandscheibenvorfall hatte. Nichtsdestotrotz wird ihr aus medizinischer Sicht das Betreiben von Sport ohne Bedenken gewährt. Sie ist psychosomatisch schwer erkrankt und ihr größtes Ziel ist es durch das Bewegungsprogramm wieder ein Leben ohne Schmerzen zu führen oder zumindest zu Lernen mit den Schmerzen umzugehen. Des Weiteren erhofft sie sich wieder zu Ruhe zu kommen und entspannen zu können.

## 8.1. Wichtige Ressourcen

### 8.1.1. Familie

Fidane hat wichtige Anhaltspunkte im Leben, die sie persönlich stärken. Ihre Kinder und ihr Enkelkind stehen immer an erster Stelle. In den Sporteinheiten erzählt sie häufig von ihnen: „Es ist mir schon öfters aufgefallen, dass sie sehr gerne über ihre Tochter redet“ (Xh, E12, 55:8). Sie gewährt den Übungsleiterinnen mehrere Male einen Einblick in ihr privates Leben sowie in jenes der Kinder (vgl. Xh, E14, 57:2; Ti, E27, 85:5; Xh, E27, 69:10; Xh, E32, 76:1).

Im Gegensatz zu den Töchtern, wird der Sohn öfters auch als Problemkind dargestellt. Im Interview offenbart Fidane, dass sie während der Sporteinheiten viele Male an den Sohn denken muss (vgl. I-Fi, 112:17). Dennoch wird beobachtet, dass das Reden über ihre Kinder stets ihre Stimmung erhellt (vgl. Xh, E37, 72:8). Die Psychotherapeutin spricht hier von einem „sehr engem Familienzusammenhalt“ (I-Ni, 95:3) und erklärt die Ressource mit den Worten: „[...] und die Familie. Das ist eine Funktion zu haben, um nicht wertlos zu sein, ist ein ganz wichtiges Element für solche Menschen.“ (I-Ni, 95:37).

Eine weitere Person, die Fidane ab und zu erwähnt ist ihre Mutter, die noch in der Heimat lebt. Sie stellt ebenso eine wichtige Person in ihrem Umfeld dar. „Am Ende der Einheit redet Fidane noch viel mit den Übungsleiterinnen. Sie erzählt, dass sie über die Weihnachtsferien ihre Mutter in der Heimat besuchen wird. Beim Verlassen der Halle wirkt sie zufrieden und gut gelaunt“ (Xh, E17, 60:5).

### 8.1.2. Kultur

Eine weitere Ressource für Fidane ist ihre Kultur und ihre Heimat. Sie berichtet von vielen positiven Erfahrungen, die sie in der Heimat erlebt hat. Diese Erinnerungen beeinflussen ihre emotionale Lage positiv: „Eine Kräftigungsübung mit dem Theraband erinnert Fidane ans Reiten in Ex-Jugoslawien“ (Xh, E15, 58:6). Sobald Gespräche innerhalb der Gruppe zustande kommen, lenkt Fidane die Gesprächsthemen entweder zu ihren Kindern oder ihrer Kultur hin: „Daraufhin erzählt sie von ihrer Kultur und ihrer Muttersprache. Sie blüht auf, wird sehr gesprächig, lächelt öfters und wirkt viel gelassener und besser gelaunt. Ihr ist die Nähe zu ihrer Heimat und ihrer Kultur sehr anzumerken“ (Xh, E25, 67:7; vgl. So, E25, 105:1).

Als sie die Mutter in der Heimat besuchte, hat Fidane den Übungsleiterinnen und der Therapeutin Tee aus der Gegend mitgebracht. „Fidane bringt heute Bergtee für uns Trainerinnen mit, da sie letzte Woche davon erzählt hat. Sie betont, dass es diesen Tee nur dort gibt und zeigt damit wieder ihre starke Verbundenheit zur Heimat“ (Ti, E30, 87:1).

Ihre Therapeutin meint im Interview, dass ihre Kultur Fidane stärkt und ihr Reisen in die Heimat hilft: „Aber das ist dann auch so eine Ressource, dass sie ihre Heimat sehnen darf, zumal sie sehr heimatbewusst ist“ (I-Ni, 95:40).

### 8.1.3. Sprache

Die guten Deutschkenntnisse stellen eine weitere Ressource dar. In den Sporteinheiten ist sie meistens sehr kommunikativ: „Fidane ist gut gelaunt und sehr gesprächig – schon beim ersten Spiel kommentiert sie vieles“ (Xh, Eh17, 60:1). Sie plaudert sehr gerne, hauptsächlich über Geschichten aus ihrer Heimat oder über ihre Kinder. „Fidane erzählt viel privates, z.B. vom Geburtstag ihres Sohnes, ich denke sie genießt die Trainingseinheiten um sich mit den anderen Frauen über ihren Alltag auszutauschen“ (Bw, Eh39, 96:1). Auch gibt sie Bemerkungen über Übungen und Bewegungsabläufe ab: „Beim Mobilisieren fängt Fidane an zu lachen, als die Brust



gekreist werden soll. Die Frauen haben sichtlich Probleme bei der Bewegung. Fidane sagt daraufhin, dass die Bewegung schwer und ungewohnt ist“ (Xh, E27, 69:5) und verbalisiert ihren Zustand, ohne sie danach fragen zu müssen: „Fidane erzählt mir, dass es ihr heute sehr schlecht geht. Sie habe seit gestern starke Schmerzen im Bereich des Rückens und der Brust“ (Xh, E23, 65:1).

Ihre Therapeutin berichtet im Interview davon, dass Fidane nicht immer so kommunikativ gewesen war. Erst durch die besser gewordenen Sprachkenntnisse hat sie an Sicherheit gewonnen und ist dementsprechend gestandener im Leben. Früher haben behördliche Erledigungen und Amtsbesuche bei Fidane große Angst ausgelöst. Solche Aufgaben stellen nun keine Schwierigkeit mehr dar. In den Therapiegesprächen kann sich Fidane selbstständig mitteilen, sodass keine Dolmetscherin vonnöten ist (vgl. I-Ni,95:22).

#### 8.1.4. Strukturiertheit

Fidane legt großen Wert auf einen strukturierten Tagesablauf. Da sie sehr gerne in die Sporteinheiten kommt, versucht sie sich stets beide Tage frei zu halten (vgl. Ed, E17, 116:5). Infolgedessen gehört sie zu den Teilnehmerinnen, die am regelmäßigsten in den Sport- und Bewegungseinheiten erscheinen. Sie zählt zu den zuverlässigeren Frauen in der Gruppe, weil sie ihre Termine sehr ernst nimmt. Ihre Psychotherapeutin kann dies im Interview bestätigen und berichtet davon, dass Fidane zu deren Vereinbarungen stets rechtzeitig auftaucht und sie bei ihr nie anrufen muss. Sie vermutet, dass die Termine Fidane einen Halt geben und die Struktur ihr helfen den Tag zu überstehen (vgl. I-Ni, 95:14). Dementsprechend groß ist Fidanes Ärger, wenn sie einen Termin nicht einhalten kann oder sich verspätet: „Fidane stürmt 10 Min später in die Klasse, schmeißt ihre Sache hin und stürzt sich auf die Bälle. Sie sei bereist aufgewärmt da sie gelaufen sei. Ärgert sich das sie zu spät ist“ (Ed, E17, 116:1).

Selbst bei schlechter Verfassung ist sie meistens anwesend. Sobald Fidane einen Termin nicht wahrgenommen hat, geht es ihr schlechter. Sie wird vom schlechten Gewissen geplagt und das Nicht-Einhalten eines Termins fühlt sich wie ein Versagen an. Es fällt in den Einheiten auf, dass Fidane diesbezüglich auch öfters über das „müssen“ redet: „Sie sei heute sehr müde. Auf meine Nachfrage, das ich sie im Spiel anders wahrgenommen habe lächelt sie milde ich muss stark sein“ (Ed, E17, 116:5). Eine Übungsleiterin notiert in einer anderen Einheit ähnliches: „Beim Verabschieden sagt Fidane, dass sie am Freitag kommen muss“ (Xh, E29, 71:7). Im Interview mit Fidanes Psychotherapeutin erklärt sie diesbezüglich: „Sie, ich glaube das ist, mit dem hat sie überlebt. Sonst hätte sie nicht überlebt. Wenn man Kinder durch den Wald trägt [...]. Wenn man

das alleine eigentlich durchziehen muss. [...] Und das zu modifizieren, zu sagen, ich muss jetzt nicht mehr überleben, sondern ich könnte leben, das ist schwierig. [...] Wenn es ums Überleben geht, muss man so tun. Und es ist eine große Ressource.“ (I-Ni, 95:10).

Fidane gehört außerdem zu den Frauen, die ständig ihre Abwesenheit rechtzeitig ankündigen (vgl. So, E18, 23:1; E20, 25:1; E1, 32:1; E4, 35:1; E6, 37:1; E7, 38:1). Meistens entschuldigt sie sich nochmals in der darauffolgenden Einheit für ihre Abwesenheit bei Movi Kune (vgl. Xh, E14, 57:1).

## 8.2. Gesteigerte Aktivierung und Valenz

Fidane zählt zu den sportlicheren Teilnehmerinnen in der Frauengruppe. Ihr ist die sportliche Kindheit und Jugend anzumerken, sowie die längere Teilnahme an dem Sport- und Bewegungsprogramm. Bereits in der ersten Einheit ist Fidane sehr motiviert und fällt positiv auf: „Beim ersten Spiel, 10er Ball ist Fidane sehr aktiv und zählt die Pässe ihres Teams laut mit, was ansonsten die ÜL So übernimmt“ (Ti, E1, 10:3). In mehreren Einheiten beobachten die Übungsleiterinnen, wie sich ihre Aktiviertheit vor allem bei den Ballspielen steigert. Sie ist in diesen Momenten sehr lebhaft und dominierte im Spielfeld (vgl. Ti, E3, 4:1; So, E11, 42:4; Xh, E11, 54:2; Xh, E10, 53:3; Xh, E12, 55:6; So, E35, 108:2). Sie scheinen ihre emotionale Befindlichkeit zu verbessern. Die spielerischen Tätigkeiten bringen sie zum Lachen und ermöglichen das Fernbleiben ihrer Schmerzen sowie ihrer Müdigkeit: „Sobald das erste Spiel beginnt, ist Fidane wie ausgewechselt und ihr sind keine Schmerzen mehr anzumerken. Sie bewegt sich viel und lacht öfters über Spielereignisse“ (Xh, E23, 65:2). Eine positive Gefühlsänderung wird in verschiedenen Einheiten und Spielsituationen mehrmals festgehalten (vgl. Xh, E15, 58:4; Xh, E22, 64:6; Xh, E23, 65:3; Xh, E37, 72:2; Xh, E37, 72:6; Xh, E3, 75:1; Xh, E32, 76:3; Ti, E25, 84:2; Ti, E30, 87:2).

Neben den Ballsportarten steigert sich ihre Valenz durch Tanzen. Da Fidane in ihrer Heimat getanzt hat, gab es einen Bezug zu Aerobic. Ihr ist die Freude bei der Sportart anhand von Körpersprache und Mimik anzusehen. Überdies spricht sie in der Einheit von den angenehmen Gefühlszuständen (vgl. So, E5, 36:2 & Xh, E5, 48:1). Ihr Ehrgeiz ist im Aerobic und Tanz in der gleichen Weise präsent wie bei den Ballspielen und jeglicher Art von Sportspielen. „Nachdem ich sage, dies sei sehr gut um Körperfett zu verlieren gab es plötzlich eine einheitliche Zustimmung und die Motivation änderte sich schlagartig. Fidane macht alle Schritte doppelt so schnell – sonst verliere sie nicht soviel“ (Ed, E5, 122:2).

Grundsätzlich erkennt Fidane, dass sportliche Aktivität neben dem physischen, auch das psychische Wohlbefinden fördert. Zu einer koordinativen Übung meint Fidane: „ist nicht schwer, muss nur viel denken, sehr konzentrieren, ist gut für den Kopf“ (Ti, E10, 8:1).

### 8.2.1. Ehrgeiz und Siegeswille

Sobald Fidane mit gesteigerter Aktiviertheit am Spiel teilnimmt, kommt ihr starker Ehrgeiz und ihr Siegeswille zur Geltung. „Als „Treibball“ gespielt wird, ist der Siegeswille von Fidane bemerkbar. Sie nimmt immer einen bestimmten Ball zum Werfen. Dieser ist fester und schwerer als die restlichen Bälle. Auch wenn der schwere Ball nicht in ihrer Nähe liegt, läuft sie durch den ganzen Raum, nur um den zu bekommen“ (Xh, E17, 60:2). Als in einer weiteren Einheit das Spiel erneut gespielt wird, sucht sie wieder den schweren Ball von der 17. Einheit: „Als Fidane mitbekommt, dass „Treibball“ gespielt wird, geht sie unauffällig zur Box, wo sich die Bälle befinden und sucht sich den schwersten und härtesten Ball aus, um sich einen Spielvorteil zu beschaffen. Fidane ist sehr ehrgeizig und will stets gewinnen“ (Xh, E21, 63:3).

Ihr Siegeswille wird ihr allerdings in manchen Situationen zum Verhängnis: „Fidane war dann so fokussiert darauf, einen Punkt für das andere Team zu verhindern, dass sie einmal eine Reihe des anderen Teams verhinderte, obwohl sie eigentlich eine Reihe für das eigene Team fertig machen hätte können; vielleicht war dies ein Versehen, aber der Wettkampf-Gedanke ist bei Fidane sehr stark ausgeprägt“ (So, E22, 27:1). Im Gespräch mit Fidane wird ihr Ehrgeiz angesprochen. Daraufhin antwortet Fidane, dass sie es gern hat zu gewinnen (vgl. I-Fi, 112:10).

### 8.2.2. Einzelkämpferin

Um zu gewinnen, spielt sie primär mit gut spielenden Mitspielerinnen oder den Übungsleiterinnen. Am liebsten würde sie alles im Alleingang erledigen, wenn die Spielregeln dies zulassen. Sie macht sich eindeutig als eine Einzelkämpferin erkennbar und gibt den Ball nur wenn notwendig an andere Spielerinnen ab: „v.a. Frau XY und Fidane sind in ihren Teams keine Teamplayerinnen“ (So, E36, 109:2). Mehrmalig wurde dieses Verhalten bei Fidane bemerkt (vgl. Ti, E1, 10:5; Xh, E11, 54:5; So, E12, 43:2; Ti, E17,14:3; Xh, E23, 65:5; Ti, E27, 85:2; Xh, E12, 55:9; Xh, E12, 55:10; Xh, E27, 69:1). Ihre Psychotherapeutin beschreibt Fidane ebenso als eine Einzelkämpferin: „Das zieht sich schon in vielen Persönlichkeitsstrukturen durch, dass sie sagt, sie trägt alles und muss alles tragen“ (I-Ni, 95:8). Ihr Ehrgeiz treibt sie voran, auch wenn sie in schlechter Verfassung ist. Fidane selbst ist sich dem Verhalten bewusst und bezeichnet sich ebenfalls als eine Einzelkämpferin (vgl. Th, Eh16, 20:2).

Von ihrem Ehrgeiz geleitet, gibt Fidane ihren Mitspielerinnen öfters Spielkommandos an. Ein derartiges Verhalten ist innerhalb der Gruppe sehr unüblich und wird nur bei Fidane beobachtet: „sie hat auch andere Frauen beim Spiel mit Kommentaren angetrieben los jetzt“ (So, E21, 26:1); „Fidane ist wieder sehr ehrgeizig und will gewinnen. Sie fiebert mit und animiert ihre Mitspielerinnen bestimmte Karten aufzudecken“ (Xh, E17, 60:4). Sie ist zudem die einzige Teilnehmerin, die den Punktestand im Spielverlauf mitverfolgt. Während die restlichen Teilnehmerinnen kein Interesse daran zeigen, zählt Fidane sogar lautstark den Stand mit: „Fidane ist die einzige Teilnehmerin, die den Punktestand mitverfolgt“ (Xh, E21, 63:5).

### 8.3. Niedrige Aktivierung und Valenz

So gut wie an allen Einheiten findet am Ende die Entspannung statt. Die Teilnehmerinnen liegen ruhig im abgedunkelten Raum und hören der beruhigenden Musik, die leise im Hintergrund spielt, zu. Die Patientinnen können sich dabei aussuchen, ob sie die Augen offen oder geschlossen haben wollen. Fidane hat sie fast immer geschlossen.

Sie gehört zu den wenigen Frauen, die die Entspannung sehr genießen. Wenn die Leiterinnen für den Abschluss mehrere Optionen geben, wählt Fidane jedes Mal Entspannung aus. Sie freut sich stets über den entspannenden Abschluss: „nach der ersten Runde Kraft war sie jedoch die erste die sich auf Nachfrage gewünscht hat keine zweite Runde mehr zu machen, sondern lieber gleich Entspannung“ (So, E21, 26:2; vgl. Xh, E21, 63:9); „Ed fragt die TN nach dem Dehnen, ob sie noch zur Musik entspannen wollen und De antwortet sofort und laut mit Ja“ (Ti, E15, 13:3); „Ed fragt die Frauen in den letzten Minuten ob sie Entspannen wollen. Fidane ist die erste die Antwortet: Na sicher“ (Xh, E32, 76:5).

Die Psychotherapeutin teilt mit, dass Fidane zuhause ähnliche Übungen, wie Yoga und verschiedene Atemübungen, ausführt (vgl. I-Ni, 95:37). Im Gespräch mit Fidane berichtet sie auch davon. Sie betont, wie gern sie die Entspannung hat und, dass sie die Übungen auch zuhause durchführt: „Oh das, ich finde das sehr gut! Das Ende, was wir gemacht haben. [...] Mit der Musik auch und das, ich mag sehr, sehr. Ich mache das ... (wollte „oft“ sagen) manchmal, nicht so oft Beispiel, bei uns auch zu Hause. Das macht mich ein bisschen ruhig.“ (I-Fi, 112:12) und später „also ich versuche das, zum Konzentrieren und so [...], aber das mache ich immer, in der Nacht und so. Ich hab Zeiten genug, wo ich fühle mich nicht so gut und wo ganz schlechte Dinge oder so“ (I-Fi, 112:13).

In einer Einheit gibt sie bekannt, wie sehr ihr die Entspannung bereits geholfen hat, vor allem was die Atmung anbelangt: „Am Ende der Einheit erklärt Ed den Frauen, dass Entspannung wichtig

sei. Fidane erzählt in der Gruppe, dass sie versucht zu meditieren und dass die Atemübungen ihr bereits sehr geholfen haben“ (Xh, E5, 48:2; vgl. I-Fi, 112:22). Zusätzlich zu der Entspannung führt Fidane auch Thai Chi Übungen in ihrer Wohnung aus (vgl. I-Fi, 112:29).

Ihre bestimmende Persönlichkeit wird einige Male kurz vor der Entspannung ersichtlich. Die Übungsleiterinnen sind stets bemüht eine ruhige Atmosphäre für den Abschluss zu schaffen, welches durch die Patientinnen unterbunden wird. Einige Notizen dazu: „Beim Dehnen bitten die Übungsleiterinnen um Ruhe, da die Entspannung im Fokus steht. Daraufhin sagt Fidane leicht genervt Ja, bitte ruhig“ (Xh, E21, 63:10) oder „Bei der Entspannung auf der Matte läutet öfter das Handy von verschiedenen Teilnehmerinnen. Fidane fühlt sich gestört, teilt ihren Ärger den anderen Frauen mit und kann die Entspannung nicht genießen“ (Bw, E40, 97:1; vgl. So, E40, 111:1). An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass auch Fidane die Entspannung schon unterbrochen hat. In der 12. Einheit läutet ihr Telefon während der Ruhephase. Dennoch besteht sie nach der Störung auf Ruhe: „Fidane weißt die TN mit nicht sprechen darauf hin, dass sie während der Entspannung ruhig zu sein haben, dann läutet kurz vor Ende der Entspannung jedoch ihr eigenes Telefon, wofür sie sich mehrmals entschuldigt. Nach der Einheit wird für die nächsten Male besprochen, dass bei der Entspannung alle leise sein sollten und auch die Telefone für diese 5 Min lautlos gestellt werden sollten. Fidane wiederholt ihre Forderung nach Ruhe mit nicht sprechen bitte“ (Ti, E12, 10:7; vgl. Xh, E12, 55:13). In der 27. Einheit kommt es zu einer ähnlichen Situation (vgl. Xh, E27, 69:9).

Grundlegend genießt sie die Entspannung, da diese einen spürbaren positiven Effekt auf Fidane ausübt. Dennoch gibt es Momente, auch wenn selten, in denen während der Ruhephase Erinnerungen an die Kriegszeit bei Fidane hochkommen (vgl. So, E5, 36:3). So wird einmal beobachtet, dass die Valenz durch die Entspannung sinkt und sie unruhig wird: „Bei der Entspannung waren Fidane, Frau XY und Frau XX am Anfang sehr unruhig“ (So, E10, 41:2).

#### 8.4. Gesteigerte Aktivierung und niedrige Valenz

Fidane nutzt bei gesteigerter Aktiviertheit und negativen Emotionen Spielsituationen aus, um ihren Frust auszulassen. Vor allem bei dem Spiel Treibball erblicken die Übungsleiterinnen dieses Verhalten bei Fidane: „Beim Treibball konnte man sehen, dass bei den Frauen viel Wut da ist, Fidane und Alima haben mit den kleinen Bällen voll auf den Pezziball draufgehauen, Fidane sogar oft mit dem Fuß, obwohl wir das verboten hatten, mit ihrem letzten Wurf oder Schlag hat Fidane den Pezziball komplett von einer Seite der Halle zur anderen befördert“ (So, E11, 42:1; vgl. Ti,

E11, 9:2); „Fidane haut bei diesem Spiel immer ordentlich auf den Pezziball drauf“ (So, E17, 22:1; vgl. Ti, E17, 14:1).

Auch in Spielsituationen, wo das Miteinander im Fokus steht, schlägt bzw. wirft Fidane den Ball sehr kraftvoll weg, sodass die Ballannahme für ihre Mitspielerinnen erschwert wird: „Fidane fällt allerdings auf, dass sie manchmal viel zu fest auf den Ball schlägt und ihn manchmal auf den Boden schlägt, anstatt ihn in der Luft zu halten“ (Ti, E27, 85:1). Sobald sie aktiviert und schlechter Verfassung ist, verhält sie sich rücksichtslos gegenüber den restlichen Teilnehmerinnen. Durch solch ein Verhalten von Fidane, haben die Übungsleiterinnen in einer Einheit ein Spiel abgebrochen, da die Sorge um die restlichen Spielerinnen zu groß war: „Besonders Fidane ist sehr stark in das Spiel involviert und hat einen eher wilden Spielstil, da sie mehrmals sehr fest auf den Ball tritt. Hierbei erwischt sie zwei Mal jemandem mit dem Ball im Gesicht. [...] Hier beendet ÜL So das Spiel“ (Ti, E10, 8:2).

## 8.5. Niedrige Aktivierung und Valenz

### 8.5.1. Müdigkeit

Fidane leidet unter starken Schlafproblemen und erscheint deshalb häufig müde in die Einheit. Sie teilt ihre Probleme diesbezüglich mehrmals den Übungsleiterinnen mit: „Fidane gähnt schon zu Beginn der Einheit. Als ich sie frage, ob sie müde ist, antwortet sie mit ja. Als ich sie frage, ob sie nicht gut geschlafen hat, meint sie, dass sie immer Probleme beim Schlafen hat und eigentlich nie gut schläft“ (Ti, E22, 18:1). Fidane ist eine unruhige oder schlaflose Nacht meist anzumerken. Sie wirkt sehr träge und energielos in den Einheiten und schaut mitgenommen aus: „Vor allem Fidane und Fr. XY schauen sehr müde aus, sie haben beide tiefe Augenringe und wirken etwas blass-grau im Gesicht. [...] Fidane ist verhältnismäßig sehr ruhig heute“ (Xh, E15, 58:1).

Daneben wird beobachtet, dass sie oft ihren Leidenszustand den Leiterinnen mitteilt: „Als Fidane heute kommt, fragt Ed, wie es ihr geht und bekommt als Antwort sehr, sehr schlecht“ (Ti, E25, 84:2). Für sie sind die Schlafprobleme und die Schmerzen sehr präsent und es gibt keinen Moment, an dem sie angibt, dass es ihr gut geht (vgl. Xh, E37, 72:5).

Trotz Müdigkeit ist sie dennoch meistens durch die Spiele aktiviert, was in den ruhigeren Sequenzen wieder rapide abnimmt. Die Übungsleiterinnen beobachten solch eine Gefühlsveränderung innerhalb der Sequenzen öfters: „Sobald wir mit dem Mobilisieren starten, wirkt Fidane wieder träge. Sie verzieht öfters das Gesicht und gähnt immer wieder während der Übungen. Sie greift sich auch einmal mit leidender Mimik auf dem Kopf. Ich vermute, dass sie uns

damit zeigen will, dass es ihr heute nicht gut geht. Fidane hört auch öfters früher mit den Übungen auf und pausiert länger“ (Xh, E37, 72:4; vgl. So, E11, 42:2; Xh, E22, 64:5; Xh, E37, 72:1).

Doch in einer Einheit zieht sich ihre niedrige Aktiviertheit, sowie die niedrige Valenz trotz des Spielens und der Ballsportarten bis zum Schluss. Ihre Schlafprobleme frustrieren sie und nehmen ihr viel Energie weg. Einige Notizen der Übungsleiterinnen zu der Einheit: „Fidane kommt und ihr ist anzumerken, dass es ihr nicht gut geht. Sie lächelt nicht beim Betreten des Raumes, schaut sehr müde aus und hat dunkle Ringe unter den Augen“ (Xh, E25, 67:1), „Zwischendurch setzt sie sich dann jedoch doch mal hin und meint ich kann nicht so viel“ (Ti, E25, 84:3), „Fidane’s Stimmung ist nach den Spielen nicht besser geworden. Sie redet immer noch kaum und hält sich sehr im Hintergrund. Während der Trinkpause sitzt sie mit gesenktem Kopf und murmelt vor sich hin, dass sie heute nicht viel machen kann“ (Xh, E25, 67:3), „Fidane beteiligt sich nicht und bleibt sitzen“ (Xh, E25, 67:5), „Die Koordinationsleiter lässt Fidane ohne Kommentar fast völlig aus und setzt sich immer wieder an den Rand“ (Ti, E25, 84:5). Schlussendlich bessert sich ihre Stimmung durch eine ihrer Ressourcen auf. Sie findet das Gespräch zu den Übungsleiterinnen und erzählt ihnen von ihrer Kultur (vgl. Xh, E25, 67:7; So, E25, 105:1).

### 8.5.2. Schmerz

Ein noch größeres Thema, als ihre Schlafprobleme, stellt ihr Schmerzempfinden dar. Die Schmerzen sorgen dafür, dass Fidanes Aktiviertheit stark sinkt und Unlust aufkommt. In fast jeder Einheit beschwert sie sich über körperliche Schmerzen. Im Erstgespräch äußert sie den Wunsch schmerzfrei leben zu wollen (vgl. EG-Fi, 129:3). Wo es schmerzt variiert von Einheit zu Einheit stark. Im PAR-Q Test wird „Schmerzen überall“ (PAR-Fi, 128:1) notiert. Sie ist psychosomatisch schwer erkrankt. Oft erwähnt sie bereits zu Beginn der Einheit, dass sie Schmerzen verspürt: „ÜL Th kommt von der Garderobe herein und erzählt, dass Fidane heute unter stärkeren Schmerzen leidet. In der Einheit selbst erkennt man es ihr allerdings bis auf ein, zwei Situationen kaum an“ (Ti, E14, 12:1) Viele ähnliche Aufzeichnungen finden sich in den Forschungstagebüchern (vgl. Ti, E15, 13:1; Xh, E23, 65:1; Ti, E23, 83:1; So, E23, 28:2).

Auffällig bei ihren Schmerzschilderungen ist, dass der Schmerz stets andere Körperstellen einnimmt. Einige Beispiele: „Sie erzählt, dass sie Gelenksschmerzen hat, in der Hüfte, den Knien, sogar in den Handgelenken“ (Ti, E32, 88:1), „Fidane hat heute vor der Einheit von ihren gesundheitlichen Problemen erzählt, sie nimmt Schmerzmittel und einen Magenschutz, aber sie hat manchmal trotzdem stechende Schmerzen im Magen, auch hat sie Gelenkschmerzen und oft Krämpfe, nach dem Sport seien diese aber immer besser/weniger, auch ihre Schmerzen“ (So,

E32, 107:1), „Fidane berichtet heute von Schmerzen im Knie und in der Schulter, sie erzählt dafür sei eine Entzündung verantwortlich“ (So, E35, 108:1), „viele Frauen haben über Kopfschmerzen geklagt (XY, Fidane)“ (So, E39, 110:1).

Der Schmerz beschäftigt Fidane sehr und stellt einen belastenden Faktor in ihrem Leben dar. Die Schmerzen verursachen schlaflose Nächte, da sie sich viele Gedanken darüber macht und schließlich immer nervöser wird (vgl. Th, E22, 1:2), „Fidane klagt über Schmerzen. In der Nacht fühlen sich Körperteile wie hunderte Kilos an“ (Ed, E5, 122:1).

In einer Einheit ist der Schmerz ein Gesprächsthema im Plenum. Hierfür teilt Edita den Frauen ein Bild aus, auf dem ein Körper abgebildet ist. Sie bekommen eine rote und eine grüne Kreide. Die Teilnehmerinnen sollen jene Stellen am Körper, welche Schmerzen verursachen, rot und jene, welche keine verursachen, grün anmalen. Fidanes Reaktion wird im Tagebuch festgehalten: „Fidane sehr leidend. Der Kopf schmerzt konstant (Genick, Hinterkopf). Körperbild – verzichtet auf Grün – es gebe keine einzige Stelle im Körper ohne Schmerz“ (Ed, E3, 118:1).

Doch sobald es zu schnellen Bewegungsabläufen kommt und Ball- oder Sportspiele gespielt werden, ändert sich ihr Schmerzempfinden und es ist ihr kein Leiden anzusehen. Die Schmerzsymptomatik steht im Hintergrund und wird vergessen. Bei kontrollierten, ruhigen Einheiten kehren die Leidenszustände zurück. In den Momenten verfällt Fidane oft in das alte Verhaltensschema zurück und verspürt an den verschiedensten Stellen Schmerzen. Solch ein Verhalten wird vor allem beim Mobilisieren festgehalten (vgl. Th, E22, 1:1; Ti, E12, 10:4; Ti, E22, 18:3; Xh, E22, 64:3; Xh, E12, 55:7; Xh, E37, 72:5; Ti, E29, 86:2; So, E36, 109:1). Im Interview berichtete Fidane davon, dass sie die meisten Schmerzen beim Mobilisieren verspürt (vgl. I-Fi, 112:18). Zu langsamen, kontrollierten Bewegungen kommt es auch bei den Kräftigungsübungen, wo ähnliches wie beim Mobilisieren zu sehen ist. Die anwesende Therapeutin berichtet hierzu: „Bei den Kraft- und Dehnübungen werden Frauen wieder mit ihren Defiziten konfrontiert. z.B. Fidane die leise mit sich selbst spricht es ist so anstrengend“ (Ed, E12, 119:5). Bei den Kräftigungsübungen teilt Fidane ihren Schmerz den Leiterinnen in unterschiedlichen Formen mit, sei es durch das Verbalisieren, Ausrufen oder die Mimik: „Beim Krafttraining gibt Fidane an, dass sie Knieschmerzen hat und schon bei der ersten Übung, wo die TN am Rücken liegen und die Beine abwechselnd anziehen und ausstrecken hört sie mittendrin auf und sagt das ist so anstrengend“ (Ti, E12, 10:6), „Bei einer der Armübungen ruft Fidane plötzlich Autsch und greift sich auf den Rücken“ (Ti, E14, 12:3), „Die Kraftübungen sind bei ihr jedoch wieder stark von Schmerzen geprägt, sie verzieht immer wieder das Gesicht und beklagt sich auch“ (Ti, E22, 18:6). Obwohl Fidane während der Kräftigung Schmerzen verspürt, führt sie die Übungen meistens trotzdem bis zum Schluss durch. Sie ächzt, stöhnt während den Übungen, verzieht das Gesicht



und kommentiert beispielsweise mit „Ich spüre den Muskel, aber mit Schmerzen“ oder „das ist schwer“ (Xh, E29, 71:6). Dennoch hat sie meistens eine gute Ausführung dabei und führt alle vorgegebenen Wiederholungen durch. Ihr ehrgeiziges Verhalten ist ihr anzumerken, da sie sich trotz Schmerzen bemüht durchzuhalten und nicht früher die Bewegung beendet (vgl. Xh, E21, 63:4; Xh, E27, 69:7; Xh, E32, 76:4; So, E35, 108:3). Beim Dehnen und Massieren wiederholt sich solch ein Verhalten. Sie zeigt auf allerlei Wegen, dass sie Schmerzen bei den Übungen verspürt und führt dennoch die Übungen bis zum Schluss durch (vgl. Xh, E12, 55:12; Xh, E22, 64:7).

Nach den Einheiten gibt es abschließende Feedbackrunden, wo unter anderem auf die momentane physische und psychische Verfassung der Teilnehmerinnen eingegangen wird. Auch hier wird bei Fidane der Schmerz öfters ein Thema: „Fidane sagt am Ende der Einheit zu Ti und mir enttäuscht ich bin nicht so gut. Ich frage sie daraufhin, ob sie mit ihrer eigenen Leistung nicht zufrieden sei. Fidane überlegt etwas und sagt, dass sie zu viele Schmerzen verspüre“ (Xh, E22, 64:10), „Fidane antwortet mit nicht so gut. Als nach dem Grund gefragt wird, sagt sie auch wegen den Schmerzen“ (Xh, E14, 57:6), „Sie meint, dass sie sich zwar schon ein bisschen besser fühlt, aber immer noch sehr viele Schmerzen, vor allem in der Brust, hat“ (Ti, E23, 83:4), „worauf sie meint, dass es ganz gut geht, sie aber trotzdem Schmerzen im Bereich der Schultern und des Nackens hat“ (Ti, E30, 87:3).

Der Schmerz bei Fidane ist außergewöhnlich präsent und repräsentiert viel mehr als nur ein körperliches Leiden. Sie teilt ihr Leid den restlichen Beteiligten viel mit, oft auch ohne danach gefragt zu werden. Vor allem geht es ihr dabei, dass die Übungsleiterinnen ihr Leid mitbekommen, da sie in solchen Momenten oft den Augenkontakt sucht und auffällig wird. Was jedoch ihren emotionalen Zustand betrifft, öffnet sie sich kaum und berichtet keinerlei Emotionen. Sobald sich die Übungsleiterinnen nach ihrem Gefühlszustand erkundigen wollen, antwortet sie entweder, dass es ihr durch die Müdigkeit oder den Schmerzen schlecht geht oder mit „Gut, muss!“ (So, E12, 43:3). Das ausgeprägte Mitteilen ihres Leides ist möglicherweise ihre Art ihr emotionales Befinden auszudrücken. Die anwesende Therapeutin sagt dazu: „diese enorme Diskrepanz daher kommt, dass Fidane ihren Körper nicht richtig wahrnehmen kann und nicht zwischen „sich spüren“ und „Schmerzen“ unterscheiden kann.“ (Ti, E29, 86:3).

Die Psychotherapeutin von Fidane bestätigt, dass Schmerz ein großes Thema bei Fidane ist: „psychosomatischer Schmerz ist genauso weh [...]. Immer wo weh haben, dass man schon nicht mehr weiß, wann man was wo hat“ (I-Ni, 95:21), „dass ist ihre Form, das Leid, das sie erlitten hat, zu kommunizieren“ (I-Ni, 95:26). Sie geht davon aus, dass Fidane über die schrecklichen

Erlebnisse, die sie erfahren hat, nicht reden kann und der Schmerz ihr als Kommunikation dient, dennoch ihre Leidensgeschichte zu vermitteln (vgl. I-Ni, 95:27).

Im Interview mit Fidane selbst wird das Thema ebenso angesprochen. Sie sagt, dass der Schmerz ein permanenter Zustand bei ihr ist und sie keine schmerzfreien Momente hat (vgl. I-FI, 112:1). Ihr scheint jedoch bewusst zu sein, dass der Schmerz mit ihrer Flucht zusammenhing: „Das hängt auch mit Stress, natürlich auch mit Stress, und mit verschiedene Dinge, mit Trauma und also wenn ich höre, dass schlägt so über dass und die Kriege, dass sofort mein Körper reagiert ganz anders“ (I-Fi, 112:3). Sie erwähnt, dass sie Schmerzen im Bereich des Herzes hat, welche ihr große Angst zubereiteten: „also ich hab hier Schmerzen gehabt, genau hier in Herzplatz. Und es bleibt, es hat immer mit jahrelang wie Messer drin, so richtige Schmerzen, so wie etwas gebrochen, oder ich weiß es nicht, ich kann das nicht... schlecht beschreiben. Es war... Viele, viele Untersuchungen Kardiologie und so, ich habe Angst gehabt“ (I-FI, 112:21).

### 8.5.3. Weitere Gründe

Neben den Schmerzen werden auch einige Schwindelanfälle bei Fidane beobachtet. Daraufhin schickt die Therapeutin sie zum Ausrasten in den Nebenraum (vgl. So, E3, 34:1; vgl. Xh, E3, 75:3). Zu den Schwindelanfällen kommt es in verschiedensten Situationen. Einmal ist es daran gelegen, dass sie sich beim Dribbeln zu sehr auf den Ball konzentrierte. Ein anderes Mal ist es zu dem Schwindel durch einfache Drehbewegung (vgl. Xh, E22, 64:1) oder bei kleinen Laufspielen (vgl. Ti, E25, 84:1) gekommen.

Ihre Gefühle ändern sich schlagartig ins Negative, sobald es zu Besorgnis um Familienmitgliedern kommt. Aufgrund des starken Familienbezugs, ist ihr solch ein Zustand schnell anzumerken: „Während der Kräftigung bekommt Fidane einen Anruf. [...] Das Telefonat wird beendet und es kommt zu einem kompletten Stimmungseinbruch bei Fidane. Sie wirkt sehr nachdenklich und nimmt nicht mehr aktiv an den Übungen teil. Plötzlich geht sie wieder an ihr Telefon, sagt, dass sie ihre Mutter anrufen muss und verlässt den Raum, um zu telefonieren. Die passive, gedrückte Stimmung zieht sich bei Fidane bis zum Schluss“ (Xh, E14, 57:5). Fidane hat einen sehr engen Bezug zu der Mutter, die jedoch noch in der Heimat lebt. Sie erzählt, dass ihre Mutter krank sei und sie deshalb in Besorgnis ist.

## 8.6. Körpergefühl

Fidanes Körpergefühl hängt von ihrer emotionalen Befindlichkeit ab. Sobald sie in guter Laune ist und eine gesteigerte, lustvolle Haltung aufweist, führt sie Übungen beim Mobilisieren, der Kräftigung und beim Dehnen gut und richtig aus. Selbst Bewegungen, die komplexer sind und anderen Teilnehmerinnen Schwierigkeiten bereiten, meistert sie: „Fidane führt die Übung Hüfte vor- und zurückkippen, die für die meisten TN sehr schwer ist, sehr gut aus“ (Ti, E15, 13:2; vgl. Ti, E22, 18:5). Bei schlechter emotionaler Befindlichkeit hingegen, spürt Fidane ihren Körper weniger. Sie widerspricht sich selber, indem sie in einem Moment meint, dass die Aufgabenstellung anstrengend ist und im nächsten Moment behauptet sie, dass sie noch voller Energie steckt (vgl. So, E21, 26:3). Vor allem wenn sie aktiviert und in keiner guten Stimmung ist, scheint sie kein Gespür für ihre Kraft zu haben und wird sehr rücksichtslos. Die Ballpässe sind oft unkontrolliert und viel zu hart: „Fidane sehr dominant, kennt ihre eigenen Kräfte nicht. Schießt den Ball mit voller Wucht unkoordiniert durch den Raum. Trifft damit auch andere TN. Entschuldigt sich, überrascht über ihre eigene Kraft und macht im selben Tempo weiter“ (Ed, E11, 117:2).

## 8.7. Sozialer Aspekt

### 8.7.1. Bezug Teilnehmerinnen

Grundsätzlich zeigt Fidane wenig Interesse daran, Freundschaften mit anderen Frauen aus der Gruppe zu schließen. Bei Teamspielen misstraut sie den Spielfähigkeiten der restlichen Teilnehmerinnen. Die Leiterinnen bemerken, dass sie am liebsten alles im Alleingang bewältigen würde: „Fidane spielt fast nur alleine, hat Schwierigkeiten den Ball abzugeben. Lläuft mit dem Ball von einem Ziel zu anderen. Überlegt lange an wem sie den Ball abgibt. Vertraut dem Team nicht“ (Ed, E12, 119:2). Da solch ein Spielverhalten durch die Regeln kaum möglich ist, kommandiert sie ihre Mitspielerinnen herum und lenkt somit das Spiel nach ihrer Vorstellung. Fidanes Persönlichkeit zeichnet sich durch ihre dominante und bestimmende Art aus. Doch wie sie mit den anderen Frauen umgeht, variiert je nach ihrem emotionalen Zustand.

Sie hat sich sozial und hilfsbereit gezeigt, als sie in guter Befindlichkeit war. So kann sie Kommunikationen mit anderen Frauen starten und deren Vorteile aussprechen. Sie sagt zu einer Teilnehmerin etwas Nettes wie beispielsweise „wir sind froh, dass Frau XY da ist“ (So, E2, 33:1), als sie für die restlichen Frauen übersetzt hat. Auffällig ist, dass Fidane dabei die Frau per Namen nennt, was sehr unüblich innerhalb der Gruppe ist. In einer weiteren Einheit spricht sie eine andere Frau ebenso per Nachnamen an (vgl. Xh, E29, 71:3). Beide Frauen, deren Namen sie kennt, nehmen ähnlich lange an Movi Kune teil.

In Spielsituationen präsentiert sie ihre kollegiale Seite, indem sie ihre dominante, einzelkämpferische Art ablegt. Vor allem bei Volleyball im Kreis zeigt sie dies öfters, da in dem Spiel kein Wettkampfcharakter vorhanden ist: „Fidane scheint heute eher auf das miteinander bedacht zu sein, anstatt wie sonst eher ehrgeizig zu spielen. Bei der Vorstufe zum Volleyball, wo der Ball im Kreis in der Luft gehalten wird, spielt sie den Ball bewusst zu den TN, die den Ball noch nicht so oft hatten. Beim Volleyballspiel selbst gibt sie den Ball an Frau XY weiter, damit diese den Aufschlag ausführen kann“ (Ti, E14, 12:2). Sie nimmt Rücksicht auf die schwächeren Spielerinnen und achtet darauf, dass sie oft in Ballbesitz kommen. Sie motiviert andere Mitspielerinnen ebenso dazu, den Schwächeren den Ball zuzupassen (vgl. Xh, E27, 69:2; vgl. Ti, E27, 85:8).

Auch in Wettkampfsituationen besinnt sich Fidane und reicht ihren Mitspielerinnen freiwillig den Ball. Obwohl sie während des Spieles das Spielverhalten der schwächeren Spielerinnen kritisiert, gibt sie dennoch diesen Personen zwanglos den Ball: „Beim Spiel hat Fidane Frau XY immer getadelt, wenn sie etwas falsch gemacht hat, sie hat ihr dann aber trotzdem immer wieder den Ball gegeben und ihr gesagt wohin sie genau werfen soll, das hat sie so noch nie gemacht, eigentlich ignoriert sie schwächere Spielerinnen im Spiel immer und spielt den Ball nur an Trainerinnen oder bessere Spielerinnen“ (So, E32, 107:2). Als eine Teilnehmerin sich am Spiel orientierungslos verhält, ist Fidane ihr behilflich: „XY hat keinen Überblick darüber wer aller gefangen ist, Fidane merkt das und zeigt ihr immer, wen sie zu erlösen habe“ (Xh, E29, 71:2).

In einer Einheit wird beobachtet, wie Fidane zwei Reifen nimmt um einen davon einer Teilnehmerin reicht, die sich meist passiv und zurückhaltend im Programm verhält. Noch überraschender an dieser Situation ist, dass Fidane während des Programms kaum etwas mit der Frau zu tun hatte (vgl. Xh, E37, 72:3).

Fidane zeigt sich weiters bei der Kräftigung als behilflich. Sie nimmt bereits längere Zeit an dem Bewegungsprogramm teil und führt daher die Kräftigungsübungen geübter aus als andere Teilnehmerinnen. Als sie erkennt, dass die Ausführung der Bewegungen bei anderen Frauen nicht stimmt, macht sie diese darauf aufmerksam: „Bei den Kräftigungsübungen stöhnt Fr. XY öfters vor Schmerzen auf. Fidane ist neben Fr. XY und bessert sie aus, als sie erkennt, dass Fr. XY das Thera-Band falsch hält“ (Xh, E21, 63:8). Beim Dehnen wird eine ähnliche Situation beobachtet: „Neben Fidane ist es Fr. XX, die eine Dehnübung falsch ausführt. Bevor wir dazu kommen Fr. XX auszubessern, packt Fidane die Arme von Fr. XX und führt sie in die richtige Position“ (Xh, E22, 64:8). Beim Ausbessern berührt Fidane die Frau, was sehr untypisch für sie ist, da sie meistens Körperkontakt meidet: „Während alle sich schnell die Hände reichen, warten Fr. XY und Fidane

bis zum letzten Moment damit“ (Xh, E15, 58:3), „Im Spiel umarmt sie Fidane von hinten. Fidane wirkt überrumpelt, entzieht sich dieser Umarmung, sagt jedoch nichts“ (Ed, E17, 116:6).

Bei negativen Emotionen tretet fast schon ein menschenfeindliches Verhalten gegenüber den restlichen Teilnehmerinnen auf. Sobald Fidane erregt und aufgeladen ist, lässt sie ihre Wut gewissenlos an den Frauen aus. Vor allem geht sie bei Gruppenspielen auf die eher zurückhaltenden, schwächeren Teilnehmerinnen zu und kritisiert deren passives Spielverhalten enorm. Fidane hat einen sehr ausgeprägten Siegeswillen und gibt anschließend denen die Schuld am Verlieren. Sie betrachtet die schwächeren Mitspielerinnen eher als Hindernis: „Sie nimmt nicht am Spiel teil und Fidane nervt das mit der Zeit. Sie fängt an Fr. XY zu kritisieren und sagt ihr, dass sie nicht nur auf einem Punkt stehen bleiben soll, um ihre Gruppe besser zu unterstützen. [...] Fidane kritisiert weiterhin Fr. XY, da sie nach wie vor sehr passiv ist“ (Xh, E11, 54:4; vgl. Ti, E11, 9:4; vgl. So, E11, 42:3).

Gleicherweise gibt sie den anderen Frauen auch bei Spielen ohne Teams die Schuld an ihrem Versagen: „Fidane wird zweitplatzierte und kommentiert Fr. XYs Sieg in etwa mit den Worten: Aber sie hält die Schleifen in der Hand. Ich nicht, deshalb habe ich so wenige“ (Xh, E14, 57:3). Ihre Niederlagen erklärt sie durch das unfaire Spielverhalten der Gewinnerin. Dabei hält sich Fidane selber kaum an die Spielregeln. Doch sobald von uns Leiterinnen der Regelverstoß im Spiel angesprochen wird, beharrt Fidane darauf, dass sie ständig fair spielt (vgl. Xh, E27, 69:6). Das Gegenteilige zu ihrem Gesagten wird mehrmals von den Leiterinnen beobachtet, ein Beispiel: „v.a. Fidane hat diese Regel komplett ignoriert“ (So, E23, 28:1). Während eines Spieles wird Fidane einmal von einer Spielerin unabsichtlich gekratzt. Sie reagiert sehr sensibel darauf, lenkt die gesamte Aufmerksamkeit auf sich und dramatisiert die Situation: „Fidane wurde beim Reifenball heute gekratzt, über ganzen Arm, aber es war nicht tief, hat auch nicht geblutet, nur oberflächlich und ein bisschen gerötet, sie hat sich aber sehr darüber geärgert, ich denke hier wurde ein wunder Punkt von ihr getroffen, sie hat sich den Arm gehalten und gesagt es tut sehr weh, sie hat Angst das eine Narbe bleibt, [...] sie hat es daraufhin noch ein paar Mal erwähnt und sich den Arm weiter gehalten, sie wollte auch wissen wer es war“ (So, E37, 29:1; vgl. Xh, E37, 72:7). Sie klagt über die Regelverstöße der Frauen und nimmt es ihnen sehr übel.

Teilweise nutzt Fidane die schlechten Deutschkenntnisse der Frauen aus, um sich selbst dadurch einen Spielvorteil zu verschaffen: „Frau XY ist mir heute beim Tücher einsammeln besonders aufgefallen, sie ist sonst bei Spielen wirklich immer sehr zurückhaltend, aber heute hat sie sehr viele Tücher gesammelt und ist bei dem Spiel viel gerannt, sie hat die Tücher dann in der Hand

gehalten und Fidane kam vorbei und meinte zu ihr Gib! und dann hat Frau XY ihr die Tücher einfach gegeben, vielleicht dachte sie das muss sie so machen und dann war sie leider wieder etwas aus dem Spiel draußen“ (So, E14, 45:1). Fidane beherrscht die deutsche Sprache besser als die meisten Frauen. Somit hatte sie nie Verständigungsprobleme bei Spielerklärungen. Sie zeigt kein Einfühlungsvermögen bei den Frauen, die nicht ihr Sprachniveau haben und wird ungeduldig bei längeren Anweisungen: „Fidane ist heute sehr ungeduldig und möchte sich augenscheinlich unbedingt bewegen“ (Ti, E17, 14:2), „Fidane dominant in der Gruppe, zeigt auf XY und XX die und die verstehen nichts“ (Ed, E12, 119:2). Außerdem kann sie es nicht dulden, wenn Frauen etwas länger miteinander plaudern und somit die Spielzeit verringern. Es muss nach ihren Bedürfnissen laufen und wenn sie spielen will, fordert sie die Frauen mit bestimmendem Ton dazu auf (vgl. Ed, E17, 116:4).

Fidane ist davon überzeugt, den anderen Frauen überlegen zu sein. Sobald es zu komplexeren Aufgabenstellungen kommt, wo die Teilnehmerinnen Schwierigkeiten bei der Bewältigung haben, zeigt Fidane mit Absicht allen, wie sie problemlos die Übung meistern kann: „Fidane beobachtet das Ganze und merkt, dass die letzteren Aufgaben XY und XX nur mit Mühe bewältigen. Plötzlich steht sie ruckartig auf und führt die Aufgabe in Windeseile durch. Sie schafft die Abfolge, fängt an zu grinsen und setzt sich wieder hin. Zwei bis drei Mal kommt es zu solch einer Situation. Sobald Fidane merkt, dass die Aufgabe für Andere schwierig ist, springt sie auf und führt diese durch“ (Xh, E25, 67:6), „Bei den einbeinigen und beidbeinigen Sprüngen, bei denen die anderen Frauen eher Probleme haben, steht sie auf, springt die Leiter sehr schnell durch und setzt sich wieder hin, so als wollte sie zeigen, dass diese Aufgabe für sie, trotz ihrer Schmerzen, leichter zu bewältigen ist, als für alle anderen“ (Ti, E25, 84:5).

Vor allem vor der Entspannung bittet Fidane nicht um Ruhe, sondern gibt das vielmehr in einem Befehlstone an: „Vor der Entspannung weist Fidane die anderen Frauen rigoros auf, diesmal nicht zu reden, sondern das zu Hause zu machen und jetzt leise zu sein. In der Entspannung läutet dann jedoch ihr eigenes Handy. Anstatt das Telefon auszuschalten, hebt sie ab, geht türschlagend hinaus, telefoniert kurz, kommt türschlagend wieder rein, redet kopfschüttelnd etwas vor sich hin und legt sich erst dann zurück auf die Matte“ (Ti, E27, 85:4). Ähnlich wie bei den Regelverstößen, nimmt sie solch ein Verhalten den anderen Frauen übel, erlaubt sich jedoch selbst ein rücksichtsloseres Handeln.

Die Therapeutin begründet das Verhalten in der Gruppe von Fidane mit den Worten: „sie hat eine Position, sie ist nicht niemand“ (I-Ni, 95:20). Fidane selbst erzählt im Interview, dass sie keine Probleme hat soziale Beziehungen aufzubauen und beschreibt sich als einen Menschen, der

schnell Freundschaften schließen kann. Sie respektiert die Frauen und freut sich, viel von den verschiedenen Kulturen mitnehmen zu können und Neues zu lernen (vgl. I-Fi, 112:25). Sie ist bemüht sich der Gruppe anzupassen und will für die Gruppe bestmöglich funktionieren: „Ich versuche das am besten zu funktionieren für die Gruppe“ (I-Fi, 112:28). Im Nachgespräch gibt sie des Weiteren an, dass sie sich in der Gruppe sehr wohl fühlt. Sie benötigt die Frauen, um sich für das Sporttreiben zu motivieren. Es fällt ihr leichter, als alleine in Bewegung zu kommen: „Ich brauche die Gruppe als Motivation. Alleine kann ich nicht so gut trainieren“ (NG-Fi, 130:2).

### 8.7.2. Bezug Übungsleiterinnen und Therapeutin

Fidane ist eine sehr kommunikative Person und benötigt viel Aufmerksamkeit. Erkennbar ist, dass sie den Bezug zu den Übungsleiterinnen mehr sucht als zu den restlichen Teilnehmerinnen. Sie unterhält sich größtenteils mit den Übungsleiterinnen und gewährt ihnen einen tieferen Einblick in ihr Privatleben. Meistens sind es Geschichten von ihrer Familie, Heimat oder Kultur (vgl. 7.2.2. Kultur). Sie genießt es, wenn die Leiterinnen sich die Zeit nehmen und ihr zuhören: „Fidane fordert während der Einheiten meist viel Aufmerksamkeit ein, die Zuwendung in der Massage heute hat ihr aber gut getan“ (So, E35, 108:1). Sie erzählt nicht nur vieles von sich, sondern stellt den Leiterinnen ebenso persönliche Fragen: „Th, ich und Fidane kommen ins Gespräch. Fidane erzählt von ihrer Heimat. Daraufhin zeigt sie Interesse an meinen Wurzeln und fragt mich woher ich komme“ (Xh, E29, 71:5). Als Fidane in der Heimat ihre Mutter besucht hat, brachte sie für alle Übungsleiterinnen und der Therapeutin einen speziellen Bergtee mit, der sehr bekannt in ihrer Heimat ist: „ich denke auch, dass Fidane so ihre Dankbarkeit und Wertschätzung gegenüber dem Trainerteam ausdrücken wollte“ (So, E30, 106:1)

In Spielsituationen spielt sie primär mit den Übungsleiterinnen zusammen, was auch viel mit ihrem Siegeswillen zu tun hat. Sie teilt ihre Freude über erzielte Punkte mehr mit den Übungsleiterinnen, als mit den restlichen Teilnehmerinnen: „schlage mit ihr ein, da sie in meinem Team war“ (Ti, E11, 9:3) oder „Als ich, nach einem Pass von ihr, einen Punkt für unsere Gruppe erzielt habe, zwinkert sie mir zu und grinst dabei“ (Xh, E12, 55:10).

Grundsätzlich geht sie mit den Übungsleiterinnen stets rücksichtsvoll und höflich um, unabhängig von ihrem Gemütszustand. Durch ihr wildes Spielverhalten hat sie andere Teilnehmerinnen grob mit dem Ball getroffen. In einer Einheit bekommt dies unter anderem auch eine Übungsleiterin zu spüren. Während sie sich bei der betroffenen Teilnehmerin kein einziges Mal entschuldigt hat,

drückte sie ihr Bedauern für ihre Ungeschicklichkeit dafür vermehrt bei der Leiterin aus: „Direkt darauf kommt Fidane auf mich zu gerannt, fasst meine Arme an und entschuldigt sich sehr oft. Dann umarmt sie mich und entschuldigt sich weiterhin immer wieder. [...] Sie geht weiter spielen, sobald sich unsere Blicke im weiteren Spielverlauf treffen, entschuldigt sie sich wieder“ (Xh, E10, 53:2).

Fidane ist die Entspannung sehr wichtig und deshalb beharrt sie auf eine ruhige Atmosphäre. Bei den Teilnehmerinnen ist sie sehr verärgert, wenn es derentwegen zu einer Störung kommt. In der 32. Einheit ertönt aufgrund einer Leiterin ein störendes lautes Geräusch aus der Musikbox. Fidane erschreckt, doch ihre Reaktion gegenüber der Leiterin fällt milder aus, als im Falle einer von den Teilnehmerinnen verursachte Störung: „Fidane antwortet darauf und sagt Macht nichts. Beim nächsten Mal bessere Entspannung“ (Xh, E32, 76:7).

Es ist ihr anzumerken, dass sie sich bei dem Leiterteam wohlfühlt und sie gerne hat. Dies verbalisiert sie zudem im Interview: „Ich bin eigentlich sehr zufrieden. Mit alle, zuerst mit Ed und mit andere, Mädchen zum Beispiel. (hat Begeisterung in den Augen, lächelt)“ (I-Fi, 112:27).

## 8.8. Gefühlszustand vor und nach der Einheit

Fidane gibt vor der Einheit häufig an, dass sie in einer schlechten emotionalen Verfassung ist. Der Grund für ihre schlechte Laune ist meistens der fehlende Schlaf oder die starken Schmerzen, die sie dauerhaft verspürt. Im Allgemeinen erhellt ihre Stimmung über die Einheit, sodass sie in einem besseren Zustand die Stunde verlässt (vgl. Xh, E3, 75:4, Xh, E11, 54:6, Ti, E22, 18:8 & Xh, E22, 64:10, Xh, E25, 67:7). In der 10. Einheiten verbalisiert sie dies: „Nach dem Sport geht es mir immer besser“ (Xh, E10, 53:5). In der 32. Einheit erzählt sie spezifischer davon: „Sie sagt auch, dass der Sport viel besser helfe als die Medikamente. Außerdem meint sie, dass der Sport nicht nur gegen die Schmerzen hilft, sondern sie auch weniger schlechte Gedanken hat, wenn sie Sport macht“ (Ti, E32, 88:2).

Zu Beginn der 5. Einheit liegt Fidanes emotionaler Zustand im neutralen Bereich. Nach der Einheit ist sie besser gelaunt. Sie gibt an glücklicher als zu Beginn zu sein (vgl. Xh, E5, 48:3)

In der 12. Einheit wird die Bildanalyse als Methode angewendet. Vor der Einheit wählen die Klientinnen ein Bild, mit welchem sie sich emotional am besten identifizieren können und ein solches nach der Einheit.





Fidane entscheidet sich sowohl vor, als auch nach der Einheit für das Bild, auf dem die Kaiserin Sissi abgebildet ist. Fidane identifiziert sich mit Sissi und beschreibt sie als eine elegante und starke Frau, die aber ein unglückliches Leben hatte und sehr krank war – so wie es ihr selbst ergeht (vgl. Ed, E12, 119:1 & Xh, E12, 55:14). Als die Therapeutin auf Fidanes Bilderklärung meint, dass Sissi auch glücklich war, antwortet Fidane mit „Ich war auch einmal glücklich“ (Xh, E12, 55:14).

**Abb. 6:** Fidanes Wahl vor und nach der Einheit, E12

In der 14. Einheit kommt Fidane schlecht gelaunt in die Stunde, da sie starke Schmerzen hat (vgl. Ti, E14, 12:1). Während der Einheit bessert sich ihre Stimmung in Spielsituationen auf. Doch nach der Ruhesequenz kehrt die schlechte Laune zurück. „Sie verlässt, mit den Worten alles kaputt, den Raum. Sie wirkt dabei nicht gut gelaunt und genervt. (Xh, E14, 57:7)

In der 15. Einheit beschwert sich Fidane zu Beginn über Schmerzen (vgl. Ti, E15, 13:1). Ihre Stimmung bessert sich und sie verließ die Einheit in neutralem Zustand. Sie meint, dass es ihr zwar besser geht als zu Beginn, sie aber in den letzten Wochen viel Stress zuhause hatte und dadurch mehr Schmerzen verspürt (vgl. Ti, E15, 13:4 & Xh, E15, 15:58:8). Außerdem hat sie sehr schlecht geschlafen und ist deshalb sehr müde (vgl. Xh, E15, 58:8).

Durch die Weihnachtsferien und einer Reise in die Heimat, ist Fidane über längere Zeit nicht gekommen. In der 21. Einheit ist Fidane wieder anwesend. „Fidane betritt mit strahlendem Gesicht die Halle. Sie wirkt motiviert und scheint sich zu freuen, wieder hier zu sein“ (Xh, E21, 63:1). In der Einheit ist Fidane sehr kommunikativ und verlässt die Einheit in gutem Zustand (vgl. E21, 63:12).

In der 23. Einheit wird vorher und nachher ein Bild ausgesucht, mit dem sich die Klientinnen emotional wiedererkennen. Fidane kommt wegen ihrer Schmerzen und der Müdigkeit in sehr schlechter Verfassung in die Einheit. Durch die Schmerzen in der Nacht hat sie Angstanfälle bekommen (vgl. Ti, E23, 83:1). Im ersten Moment entscheidet sich Fidane für die abgebildete, weinende Person.



**Abb. 7:** erste Wahl von Fidane vor der Einheit, E23

Daraufhin betrachtet sie die übrigen Bilder und entscheidet sich schließlich um. Sie kann sich zwischen zwei Bildern nicht entscheiden und nimmt schlussendlich beide zur Identifikation. Für Fidane stellen beide Bilder das Gleiche dar: „Die Frauen sind sehr nachdenklich und traurig“ (Xh, E23, 65:8).



**Abb. 8:** Fidans Wahl vor der Einheit, E23 **Abb. 9:** weitere Wahl vor der Einheit, E23



Nach der Einheit fühlt sich Fidane zwar etwas besser, aber die Schmerzen sind immer noch sehr stark. Fidane kann sich nicht erklären, weshalb die Schmerzen in letzter Zeit wieder stärker geworden sind (vgl. Ti, E23, 83:4). Sie sagt, dass sie sich wie eine alte Frau durch die Schmerzen fühlt und sie deshalb dieses Bild wählt (vgl. Xh, E23, 65:8).

**Abb. 10:** Fidanes Wahl nach der Einheit, E23

In der 29. Einheit ist Fidane zu Beginn in guter Laune (vgl. Xh, E29, 71:1). Nach der Einheit schildert Fidane, dass sie gerne zum Bewegungsprogramm kommt, weil es ihr viel Spaß bereitet. Sie sagt, es sei eine gute Ablenkung für sie und sie spürt, wie ihr Sport guttut. Außerdem kann sie nachher besser schlafen, als an Tagen, an denen sie kein Sport betreibt (vgl. Ti, E29, 86:4).

Die Psychotherapeutin hat Fidane vor Jahren Movi Kune empfohlen. Das Sportprogramm ist in der Verbaltherapie ein Gesprächsthema und die Therapeutin stellt fest, dass Movi Kune Fidane „sehr viel gibt“ (I-Ni, 95:30). Sie zieht den Schluss, dass das Sportprogramm Fidane in vielerlei Hinsichten geholfen hat. Vor allem stellt es eine optimale Ablenkung für die Patientin dar (vgl. I-Ni, 95:17).

Fidane sagt im Interview, dass ihr Movi Kune viel Freude zubereitet (vgl. I-Fi, 112:26). Sie berichtet davon, dass sie eine Besserung in ihrem Schlafverhalten wahrnimmt: „Also mit schlafen ist viel, viel besser, weil ich konnte das nicht“ (I-Fi, 112:31). Außerdem kann sie sich nach dem Sport besser konzentrieren (vgl. I-Fi, 112:5). Sport hat ihr darüber hinaus bei der Schmerzempfindung sowie der Atmung geholfen: „Also hier Beispiel (deutet auf die Brust), ich hab immer, ich weiß nicht, ich habe gedacht immer es ist ein Messer, so, es sticht wie Messer. [...] In der Nacht ich kann das nicht, überhaupt nicht gut atmen und so und beim Sport das hilft sehr, sehr gut“ (I-Fi, 112:19).

## 9. Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit beantwortet und eine Schlussfolgerung gezogen. Dafür werden nochmals die Forschungsfragen wiedergegeben:

- Wie ist das subjektive Empfinden der Frauen vor und nach der Therapieeinheit?
- Kommt es zu einer Verbesserung oder Verschlechterung des Gemütszustandes?
- Wie wirkt Bewegung und Sport auf ihr Gemütszustand?

In dieser Arbeit handelt es sich um Einzelfallstudien, bei der zwei Teilnehmerinnen genauestens betrachtet werden. Deshalb soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit rückzuschließen sind. Außerdem ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass für Außenstehende nur begrenzt die emotionalen Zustände der Personen erfassbar sind. In gleicher Weise ist es bei der Schmerzempfindung, welche vor allem bei Fidane eine große Rolle einnimmt.

Grundsätzlich nahm für beide Forschungspersonen das Sport- und Bewegungsprogramm Movi Kune einen wichtigen Platz in ihrem Leben ein. Beide kamen sehr regelmäßig in die Einheiten und bedauerten sehr, wenn sie einmal verhindert waren und nicht teilnehmen konnten. Movi Kune ermöglichte ihnen Momente, an denen sie Spaß erlebten und Freude verspürten. Sie konnten für

eine kurze Zeit ihre Sorgen und Probleme vergessen und aus ihrem Alltag entfliehen. Die angenehmen Stimmungszustände, die Sport und Bewegung bei ihnen auslöste, zeigten einen positiven Entwicklungsprozess hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit.

### 9.1. Zusammenfassung der Fallstudie Alima

Im Erstgespräch wird in Erfahrung gebracht, dass Alima sehr viel Wut in sich trägt. Diese hat einige Male zu explosionsartigen Ausbrüchen geführt. Sobald sie in schlechter Laune in die Einheit gekommen ist, war ihr die angestaute Wut anzumerken. In solchen Momenten ist sie höchst aktiviert und auffällig viel in Bewegung. Selbst in den Pausen gönnt sie sich keine Ruheminute. An solchen Tagen weist sie ein schlechtes Körperempfinden auf und führt beispielsweise Kräftigungsübungen hektisch und unkontrolliert durch. In Spielsituationen läuft sie in zu hoher Geschwindigkeit. Die Entspannungsverfahren fallen ihr dementsprechend schwer. Während der Entspannung verhält sie sich unruhig und wird zappelig. Bei den Atemübungen wird eine unregelmäßige Atmung bei ihr festgestellt. In einer Einheit bricht sie die Entspannung frühzeitig ab, weil ihr schwindelig wurde. Über die Monate minimiert sich ihre Anspannung und die anfänglichen Probleme, die Alima bei der Entspannung hatte, verbesserten sich. Es gelingt ihr schlussendlich zu Ruhe zu kommen und sich auf die Atmung zu fokussieren, die ansonsten sehr unregelmäßig in dieser Phase war.

Hier ist eine enorme Entwicklung bei Alima festzustellen. Sie hat gelernt Bewegung und Sport zum Entladen zu nutzen. Sie fühlt sie sich nach sportlicher Aktivität wohler und empfindet weniger Stress und Wut. Außerdem berichtet sie von besserem Schlaf. Die erlebten positiven Effekte steigern ihr aktuelles Wohlbefinden, welches sie als Motivation für das regelmäßige Sporttreiben nutzt. Mittlerweile macht sie täglich 20 Minuten Sport zuhause und besucht in Österreich einen Aerobic Kurs. Grundlegend wird eine positive Entwicklung im Bereich des emotionalen Erlebens und ihr Wohlbefinden beobachtet, welche auf die Sporteinheiten zurückzuführen sind. Abele und Mitwirkende (1994) erkennen durch sportliche Betätigung eine Besserung des aktuellen Wohlbefindens. Um das habituelle Wohlbefinden zu steigern, ist regelmäßiges Sporttreiben notwendig, welches durch das positive erleben des aktuellen Wohlbefindens angetrieben wird. Wenn das geschriebene der Autoren mit dem beobachteten Verhalten von Alima verglichen wird, ist ein guter Weg zur Besserung ihrer Grundgestimmtheit ersichtlich.

Sobald es in den Einheiten zu langsameren Sequenzen wie beim Mobilisieren oder Dehnen kommt, ändert sich ihr emotionaler Zustand schlagartig ins Negative. Während sie bei schnellen, dynamischen Sequenzen ihre Probleme kurz vergessen kann, kehren sie bei ruhigeren Momenten zurück. Sie verhält sich in dem Fall ruhig und nimmt nur passiv an dem Bewegungselement teil. Sie ist in ihren Gedanken versunken und zeigt sich sehr besorgt. Meistens treten solche Affektzustände vor wichtigen behördlichen Terminen auf. Sie beichtet den Leiterinnen, dass sie sich vor solchen Terminen fürchtet und Angst vor der Zukunft im Exilland bekommt, da diese sehr ungewiss ist.

Alima machen vor allem die dynamischen Sportarten, die einen Spielcharakter aufweisen große Freude. Sie zeigt sich hier sehr lebhaft und aktiv. Im Gespräch bestätigt sie die Beobachtungen und berichtet davon, dass ihr jegliche Art von Spilsport viel Spaß bereiten. Ihre Valenz steigt ins Positive und sie ist während dem Spielen oft am Lachen. Dieselbe Emotionsveränderung erlebt sich auch an Tagen, an denen sie in schlechter Laune zuvor war. Sie scheint ihre Probleme für diesen Augenblick vergessen zu können und widmet sich voll und ganz dem Spielgeschehen. Außerdem besitzt sie einen guten Sinn für Spieltaktik, läuft sich frei und deckt gekonnt. Sie stellt sich sehr geschickt bei Ballsportarten an und scheint Ballgefühl zu haben. Eine knappe Spielerklärung reicht meistens für das Spielverständnis aus. Dennoch ist ihr der Sieg nicht wichtig. Vielmehr konzentriert sie sich auf das Spielgeschehen und auf ihre eigene Leistung. Sie erlebt Freude und Stolz bei guten Spielzügen, unabhängig davon, ob sie beim Spiel am Gewinnen oder Verlieren ist.

Neben den Sportspielen zeigt sie sich sehr aktiv und lustvoll bei ihrer Lieblingssportart Aerobic. In ihrer Heimat besuchte sie öfters Kurse, was im Exilland nichtmehr der Fall war. Umso größer ist die Freude, wenn Aerobic in den Einheiten eingeplant ist. Hier zeigt sie sich selbstsicher und weiß von ihren Fähigkeiten. Außerdem ergreift sie die Eigeninitiative und führt zu den koordinativen Tanzschritten zusätzlich eigene Armbewegungen durch.

Ein weiterer Aspekt, der ihr Gemütszustand erhellt, ist der soziale Kontakt zu anderen Beteiligten in Movi Kune. Sie ist eine soziale, kommunikative Person und genießt es, sich austauschen zu können. Vor allem mit einer Teilnehmerin nimmt sie den Kontakt auf und es entsteht eine freundschaftliche Basis, bei der viel gescherzt und gelacht wird, ähnlich wie Wenk-Ansohn (2017) das schildert. Nach einer langen Abwesenheit strahlt sie vor Freude beim Wiedersehen mit den Teilnehmerinnen, den Übungsleiterinnen und vor allem der Therapeutin, die ihre Vertrauensperson geworden zu sein scheint.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Gemütszustand von Alima vor der Einheit öfters schlechter war als nach der Einheit, somit hat sich ihre gefühlsmäßige Verfassung durch die sportliche Betätigung zum Positiven verändert. An machen Einheiten ist ihr Gemütszustand vor und nach der Einheit der Gleiche. Dies ist vor allem der Fall, als sie bereits in guter Stimmung in die Einheit gekommen ist und diese in gleich guter Stimmung verließ. In zwei Einheiten ist Alimas Affektzustand eine negative, die sich durch das Bewegungs- und Sportprogramm nicht ändern lies. In der neunten Einheit kommt sie mit viel Wut in die Einheit, führt Bewegungen sehr kraftvoll aus. Bei der Entspannung ist sie weiterhin sehr unruhig und erregt, sodass es zu keiner Entlastung für sie kommt. Alima merkt an dem Tag ihre innere Unruhe, vertraut sich nach der Einheit der Therapeutin an und bittet um einen Besuch mit einer Psychologin. In der 23. Einheit steht Alima einem wichtigen Termin in der Behörde bevor, sodass sich ihre Gedanken über die gesamte Einheit nur darum drehen. Zu Beginn der Einheit ist sie sehr bedrückt und wirkt abwesend und nachdenklich. Während der Einheiten, kommt es dennoch bei den Spielen zu einer Gefühlsveränderung. Sie zeigt sich lebhaft, unbeschwert und scherzt sogar. Sie hat ihre Sorgen für einen Augenblick vergessen können. Doch bei den ruhigen Sequenzen holen sie die negativen Gedanken wieder ein, sodass sie die Einheit mit gleicher Gefühlslage wie zu Beginn, verlässt. Nichtsdestotrotz sind lustvolle Momente in allen Einheiten sichtbar. Sie kann zumindest für einen Moment ihre Bedenken und somit dem Alltag entfliehen, selbst an den Einheiten, an denen sie in schlechter Befindlichkeit ist. Zu einer Verschlechterung durch Movi Kune ist es nie gekommen.

## 9.2. Zusammenfassung der Fallstudie Fidane

Fidane ist sehr von Movi Kune begeistert und nimmt nun seit Jahren regelmäßig an dem Programm teil. Sie nimmt eine positive Entwicklung durch Bewegung und Sport wahr. Ihre Kinder erkennen ebenso eine Stimmungsbesserung und unterstützen sie sehr im Sporttreiben. Sie haben ihr ein geeignetes Fitnesscenter aufgesucht und kaufen ihr verschiedene Sportutensilien für zuhause.

Fidanes emotionaler Zustand entwickelt sich über die Semester durch Bewegung und Sport positiv. Die enormen Stimmungsschwankungen haben sich minimiert und sie ist gestandener im Leben. Movi Kune ist mittlerweile ein fixer Bestandteil ihres Lebens geworden und sie bemüht sich stets die Tage freizuhalten. Sie kommt sehr regelmäßig und pünktlich in die Sporteinheiten. Fidane gehört zu den zuverlässigeren Frauen und kündigt auch im Voraus ihre Abwesenheit an (was nicht erforderlich ist). Auch nimmt sie die Sitzung bei der Psychologin von Hemayat sehr

ernst. Die Termine ermöglichen ihr eine Tagesstruktur zu gestalten, welches ihr Halt im Leben bietet. Die Tagesgestaltung hilft ihr zu funktionieren.

Durch ihre sportliche Vergangenheit in der Heimat, hat sie einen sehr positiven Bezug zu Sport, den sie durch Movi Kune wiederentdeckt hat. Sie zeigt sich als höchst motiviert und ist über die gesamte Zeit sehr aufmerksam. Den größten Spaß hat sie vor allem bei den Ballsportarten. Hier steigt ihre Aktiviertheit und sie konzentriert sich voll und ganz auf das Spielgeschehen. Fidane, die eigentlich psychosomatisch enorm erkrankt ist und eine Schmerzpatientin darstellt, ist in Spielverläufen wie ausgewechselt. Es sind keine Leidenszustände an ihr zu beobachten. Sie entwickelt in Wettkampfsituationen einen Ehrgeiz und Siegeswillen und eine dominante Spielweise entsteht. Sie hat über die Zeit ihre Fähigkeiten und Stärken kennengelernt, sodass sie mittlerweile sehr selbstsicher in ihren Bewegungen ist. Dies führt zu einem generellen Anstieg des Selbstvertrauens. Der Ehrgeiz treibt sie stets voran und offenbart sie als eine Kämpferin. Das Gewinnen bedeutet ihr viel, was bei den restlichen Teilnehmerinnen nicht der Fall ist. Sie ist die Einzige, die beispielsweise den Punktestand mitverfolgt und sogar mit sicherer, lauter Stimme während dem Spielverlauf mitzählt.

Fidane leidet seit der Kriegszeit unter Schlafproblemen. In der Nacht suchen sie immer wieder Bilder von der Kriegszeit auf, die eine negative Reaktion in ihrer Körperwahrnehmung auslösen: „In der Nacht fühlen sich Körperteile wie hunderte Kilos an“ (Ed, E5, 122:1). Dementsprechend erschöpft und müde ist sie über den Tag. An manchen Einheiten ist ihr das anzumerken, da sie mit niedriger Aktiviertheit und negativer Valenz in den Raum kommt. Doch die sportliche Betätigung bewirkt eine Steigerung der Aktiviertheit. Vor allem wettkampforientierte Spiele lösen den Effekt aus und die Müdigkeit ist vergessen. Abele & Brehm (1994) erklären die Aktivierung aufgrund der Spannungsbögen, die Spiele erzeugen. Grundsätzlich ist eine Verbesserung feststellbar. Die Schlafprobleme sind zwar noch vorhanden, doch durch die Entspannung und dem Sport haben sich diese minimiert und sie erlebt weniger schlaflose Nächte als früher. Vor allem an den Tagen, an denen sie Sport betreibt, fällt ihr das Einschlafen leicht.

Eine enorme Verbesserung, die Fidane durch das Bewegungsprogramm erzielt, ist die Entspannung genießen zu können. Im Erstgespräch hat sie gebeichtet, dass sie sich innere Ruhe wünscht, welche durch Movi Kune ermöglicht wurde. Die Entspannungsübungen verbessern weiters Fidanes Atmung. Mittlerweile führt sie zuhause ähnliche Entspannungs- und Atemübungen durch, die sie aus Movi Kune mitnehmen konnte. Außerdem macht sie Yoga und Thai Chi. Vor allem in der Nacht kommen bei Fidane viele Kriegserinnerungen hoch, die ihr schlaflose Nächte bereiten. Sie erzählt, dass ihr hierbei die Entspannungstechniken sehr geholfen haben und sie jede Nacht vor dem Einschlafen nun die Übungen durchführt. Sie helfen ihr, sich

zu beruhigen. Unruhig ist Fidane in diesem Semester nur ein einziges Mal während der Entspannungsphase geworden. Sie gesteht, dass Bilder aus der Kriegszeit zwar viel seltener, aber dennoch auftauchen. Nichtsdestotrotz ist die Entwicklung eine wünschenswerte.

Schmerz ist ein weiteres großes Thema bei Fidane. Sie drückt sich stets anhand ihrer Schmerzen aus und gibt sich oft leidend. Beobachtet wird, dass die Schmerzen ständig an unterschiedlichen Körperstellen auftauchen. An manchen Einheiten punktiert Fidane den Schmerz nicht, sondern gibt an, dass ihr gesamter Körper leidet. Dadurch wird der Schluss gezogen, dass Fidane ihren Körper nicht genau spürt und der Schmerz nicht im Körper seinen Ursprung hat. Fidane hat außerdem öfters Ärzte besucht, die sie medizinisch als gesund erklärten. Ihre Schmerzempfindlichkeit variiert zudem stark nach ihrer emotionalen Befindlichkeit. Bei Ballsportarten ist sie wie ausgewechselt und die Schmerzen sind kein Thema mehr. Das Bewegungs- und Sportprogramm verändert ihre emotionale Verfassung zum Positiven. Sie kann ihr permanentes Leiden für kurze Zeit ablegen und lernt, lustvolle Emotionen zu zeigen. Doch beim Mobilisieren, der Kräftigung, dem Dehnen oder Massieren tauchen die Beschwerden wieder auf. In solchen Momenten ist sie sehr auffällig, sie ächzt, verzieht ihr Gesicht, klagt und stellt sich sehr leidend da. Dennoch führt sie Übungen bis zum Schluss durch. Der Schmerz ist für Fidane zu einer Art der Kommunikation geworden. Sie sucht mit ihrer auffälligen Art die Aufmerksamkeit der Leiterinnen, damit sie ihren Leid gewiss mitkriegen. Von ihrem emotionalen Zustand teilt sie hingegen kaum etwas mit. In dieser Hinsicht ist keine konstante positive Entwicklung feststellbar. Andererseits ist Fidane über die Zeit bewusst geworden, dass der Schmerz seinen Ursprung woanders hat. Im Interview verrät sie, dass es an ihren traumatischen Erlebnissen liegt und sie wahrgenommen hat, dass ihr Körper sehr schmerzhaft reagiert, sobald sie an die Kriegszeit denkt. Demnach kann dies als ein Schritt zur Verbesserung betrachtet werden. Fidane schlussfolgert, dass Sport die beste Ablenkung ist und sie dadurch auch ihre Schmerzen vergisst. In der 32. Einheit meint Fidane, dass Sport ihre Schmerzen viel mehr reduziert haben, als es die Medikamente je getan haben.

An sozialen Beziehungen scheint Fidane nicht interessiert zu sein. Sie sucht kaum den Kontakt zu anderen Frauen, noch erwidert sie jeglichen Kontaktversuch. Sie ist eine Einzelkämpferin und würde am liebsten alles im Alleingang machen. In Spielsituationen passt sie kaum Mitspielerinnen zu und schwache Spielerinnen werden komplett von ihr ausgeblendet. Sie besitzt eine sehr



dominante, bestimmende Art und erteilt den Frauen Kommandos. Fidane fühlt sich den anderen Frauen überlegen. Sobald sie merkt, dass komplexere Übungen den Teilnehmerinnen schwerfallen, führt sie diese theatralisch und ausladend aus, um sich von den Anderen bewusst abzuheben. Fidane mag es nicht gegen die Anderen zu verlieren. Deshalb beschuldigt sie in so einem Fall die Siegerin eines unfairen Spielverhaltens. Sie macht die Leiterinnen auf unfaires Spielverhalten aufmerksam, obwohl sie sich meistens selber nicht an die Spielregeln gehalten hat.

Vor der Entspannung richtet sie den restlichen Teilnehmerinnen stets in einem befehlerischen Ton aus leise zu sein. Doch wenn es von ihrer Seite aus zu einer Störung kommt, ist sie nicht bemüht ruhig zu sein. Verhaltensweisen, die sie bei anderen nicht duldet, wurden bei ihr selbst akzeptiert. An Tagen, an denen Fidane erregt ist, zeigt sie sich sehr unsozial gegenüber den Frauen. Sie wird bei Spielerklärungen sehr ungeduldig und zeigt kein Verständnis für die Frauen, dessen Sprachkenntnisse für die Instruktionen nicht ausreichen. Außerdem lässt sie ihre Wut bei den schwächeren Spielerinnen aus, indem sie deren Spielverhalten kritisiert. Weiters spielt sie in erregtem Zustand sehr rücksichtslos. Sie schlägt den Ball kraftvoll und unkontrolliert durch den Raum. Dabei hat sie eine Leiterin getroffen, bei der sie sich mehrmals entschuldigt hat. Später hat sie eine weitere Teilnehmerin getroffen, bei der sie jedoch keine Reue zeigte.

Trotz all dem ist eine Verbesserung bei Fidane feststellbar. Vor Jahren ist sie fremden Kulturen und Religionen sehr feindlich gegenüber gewesen und sie akzeptierte kaum das Verhalten und Aussehen der anderen Teilnehmerinnen. In den letzten Einheiten spricht sie Teilnehmerinnen an und vergibt ihnen Komplimente. Sie reicht bewusst schwächeren Spielerinnen den Ball, damit sie üben können und sagt Frauen, die bei Spielsituationen desorientiert sind, wohin sie passen bzw. laufen müssen. Sie bessert Frauen bei Kräftigungs- und Dehnübungen aus und richtet sie in die richtigen Positionen ein. Dadurch kommt es zu Körperkontakt, welche Fidane zu Beginn sehr vermieden hat. Ungewöhnlich ist außerdem, dass Fidane einige Teilnehmerinnen per Namen anspricht. Im Interview sagt Fidane, dass sie schnell Freundschaften schließen kann und in der Gruppe motivierter ist Sport zu betreiben als allein.

Vielmehr scheint Fidane lebhafter zu werden, wenn sie die Aufmerksamkeit von den Leiterinnen bekommt. Aufgrund ihrer guten Deutschkenntnisse kommuniziert sie relativ viel mit den Trainerinnen. Sie erzählt viel von ihren Kindern und ihrer Kultur. Beides stellen wichtige Ressourcen für Fidane dar. Wenn sie davon erzählt, erhellt sich immer ihr Gemütszustand. Die Zuwendung, die sie von den Leiterinnen bekommen hat, tun ihr gut.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Movi Kune Fidanes emotionalen Zustand verbesserte. So gut wie in allen Einheiten war Fidanes Gemütszustand zu Beginn der Einheit schlecht. In bis auf drei Einheiten, verlässt sie das Sport- und Bewegungsprogramm mit einer besseren Befindlichkeit. In diesen drei Einheiten kommt Fidane in schlechter Laune und verlässt diese auch in diesem Affektzustand. Doch auch hier gibt es Momente, in denen sie Spaß erlebt. Fidane erwähnt öfters, dass sie sich nach dem Sport immer besser fühlt. Laut eigener Aussage ist Movi Kune für sie eine optimale Ablenkung zu all ihrem Leid und dem Erlebten. Durch die Ablenkung vergisst sie zusätzlich ihre Schmerzen, die ansonsten sehr präsent sind. Generell haben die Schmerzen durch das Programm nachgelassen. Ihre Motivation am Sporttreiben liegt an dem Wissen, dass sie sicher nachher besser fühlt. Die sportliche Tätigkeit hilft ihr außerdem bei ihren Schlafproblemen. An sportlichen Tagen schläft sie schneller ein und hat einen besseren Schlaf.

## 10. Schlussfolgerung zu Movi Kune

Ein traumatisches Erlebnis ist sowohl physisch, als auch psychisch für betroffene Personen belastend. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den psychischen Beschwerden der posttraumatischen Belastungsstörung. Es wurde hinterfragt, ob Sport eine positive Veränderung auf die emotionale Befindlichkeit bei Folter- und Kriegsüberlebenden fördert. Das Resultat ergibt sich aus den analysierten Daten von den durchgeführten Sporteinheiten, der teilnehmenden Beobachtung und den Interviews. Die Schlussergebnisse bestätigen die Annahme das Sport- und Bewegungstherapien zu einer positiven Wirkung auf die emotionale Befindlichkeit der Flüchtlinge führt.

Beide Frauen, die das Bewegungsprogramm Movi Kune besuchen, leiden unter typischen Symptomen von PTBS. Sie haben beide große Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen. Nachtsüber kehren bei Fidane häufig die Kriegsbilder zurück. Bei Alima liegt dies vor allem an ihrem langanhaltenden Erregungszustand. Ihr Körper und ihr Geist können nur sehr schwer zur Ruhe kommen. Negative Emotionen wie Wut und Ärger verfolgen beide. Die Übererregung führt bei Alima zu explosionsartigen Wutausbrüchen. Fidane weist ein aggressives Verhalten zur Entladung auf (Maercker, 2013). Die traumatischen Erlebnisse, die die Frauen durchmachen mussten, beeinflussen sowohl ihr emotionales, als auch ihr körperliches Wohlbefinden negativ. Besonders bei Fidane löst das Trauma starke somatische Reaktionen aus. Sie leidet unter vielen körperlichen Symptomen und empfindet ihren Gesundheitszustand als schlecht (Vyssoki &

Strusievici, 2004). Ihr chronisches Schmerzempfinden ist der Ausdruck ihrer Leidensgeschichte (Keeser & Bullinger, 1983). Dementsprechend ist eine körperbezogene Therapieform, wie Movi Kune, für traumatisierte Menschen gerechtfertigt.

Mithilfe des Circumplex-Modells konnte die emotionale Befindlichkeit zu jedem Zeitpunkt nachverfolgt werden. Ekkekakis & Petruzzello (2002) haben erforscht, dass bei sportlicher Betätigung zu Beginn die Aktivierung steigt, diese nach dem Sport sinkt und dafür die lustvollen Emotionen hervortreten. Während des Trainings kann die Valenz je nach Individuum entweder steigern oder sinken. Intensive Übungen führen zu negativen Emotionen. Bei den Frauen wurde ähnliches Verhalten beobachtet. Vor der Einheit sind sie oft erregt und energiegeladen. Die positiven Wirkungen zeigen sich bei ihnen durch die gesteigerte Aktiviertheit und den angenehmen Emotionen. Die werden bei beiden Frauen vor allem durch Ballsportarten, Spiele jeglicher Art und Tanz ausgelöst. Negative Emotionen verspüren sie wiederum beim Mobilisieren oder der Kräftigung, die eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körper erfordert. Nach der sportlichen Betätigung fühlen sich die Frauen dennoch für gewöhnlich ruhiger und besser gelaunt.

Wenn die Theorie von Abele und Brehm (1994) herangezogen wird, benutzen beide Frauen in dem Fall die Ablenkungsstrategie zum Erreichen eines angenehmen Wohlbefindens. Die Ablenkungsstrategie kommt vor allem bei Spielen mit Wettkampfcharakter zur Geltung. Dabei entsteht durch die Spielspannung ein aktivierter Zustand. Durch Sport erleben sie lustvolle Gefühle wie Freude und Sorglosigkeit. Die positiven Effekte auf das psychische Wohlbefinden, bei beide Teilnehmerinnen verspüren, lösen eine große Motivation zur regelmäßigen sportlichen Betätigung aus. Parkinson und weitere Mitwirkende fassen verschiedene Strategien zusammen, die zum Lindern von negativer emotionaler Befindlichkeit führen. Dazu zählen sie auch Bewegung und Sport und erkennen außerdem, dass diese Strategie am effektivsten ist (Parkinson et al., 2000). Beide Frauen verspüren durch körperliche Betätigung eine positive Wirkung auf ihre Stimmung. Die Stimmung bezieht sich dabei auf ihr aktuelles psychisches Wohlbefinden. Um ein langfristiges Wohlbefinden (das habituelle Wohlbefinden) zu erreichen, ist regelmäßige sportliche Betätigung notwendig. Die Motivation liegt dabei auf das Erleben des aktuellen Wohlbefindens (Abele et al., 1994). So haben beide Frauen laut Abele und Mitwirkenden den richtigen Weg für langanhaltende positive Grundstimmung eingeschlagen.

Wagner und Brehm (2006) berichten davon, dass sportliche Aktivität eine stressreduzierende Wirkung aufweist. Ähnliche Ergebnisse werden durch das Bewegungsprogramm festgestellt. Beide Frauen geben an, durch das Bewegungsprogramm weniger Stress zu verspüren. Mit der Zeit entwickelt sich bei Alima, die unter Dauerstress leidet, dies als Motivationsgrund und sie

betreibt vorrangig Sport wegen des positiven Veränderungseffekts. Der Dauerstress löst bei Alima Angstgefühle, negatives Denken und eine Übererregtheit aus. Die körperliche Tätigkeit hilft ihr, die unangenehmen Emotionen zu reduzieren.

Das Schmerzempfinden ist bei beiden Frauen sehr unterschiedlich. Während Alima keine Äußerungen über Schmerzen macht, sind sie bei Fidane sehr ausgeprägt. Ihre gesundheitlichen Beschwerden gehen dabei von ihrer psychischen Verfassung aus. Wagner und Brehm (2006) erkennen, dass bei der Teilnahme an Sportprogrammen das Schmerzempfinden zwar nachlässt, der Effekt jedoch nur kurz anhält. In einer dreijährigen Längsschnittstudie stellen Brehm, Janke, Sygusch und Wagner (2006) fest, dass langanhaltende Effekte nur durch jahrelange regelmäßige sportliche Aktivität erzielt werden können. Das Schmerzempfinden von Fidane konnte durch Bewegung und Sport minimalst reduziert werden und sie waren meist nur von kurzer Dauer. Hier wären fortlaufende Forschungen interessant, um weitere Rückschlüsse bei traumatisierten Schmerzpatienten ziehen zu können.

Die Bewegungstherapie Movi Kune bietet verschiedenste Bewegungsformen und Sportarten an. Im Zentrum steht dabei nicht das Trauma an sich, sondern die Stabilisierung der Betroffenen. Vorrangig ist das Schaffen eines Sicherheitsgefühls und Reduktion der Stressfaktoren. Die Frauen führen in Österreich ein fremdbestimmtes Leben. Zudem fehlt es durch die neue Umgebung an Struktur und Ordnung im Alltag. Das Programm gibt den Frauen ein Gefühl von Stabilität und wird zu einem Fixpunkt im Leben (Maercker, 2013). Die Therapie findet in der Gruppe statt, was den sozialen Aspekt als Vorteil hat. Der strukturierte Ablauf der Einheiten vermittelt ihnen ein Sicherheitsgefühl. Sie kennen den Ablauf des Planes, wissen was auf sie zukommt und können sich dementsprechend darauf einstellen. Das Programm ist für die Frauen stets vorhersehbar und es beinhaltet keine Überraschungseffekte. Die wiederholenden Bewegungselemente helfen ihnen, sich bei der Ausführung zu verbessern. Es kommt zu positiven Bewegungserfahrungen und Erfolgserlebnissen. Die Regelmäßigkeit der Sequenzen ist vor allem bei den Körperwahrnehmungsübungen, der Entspannungs- und Atemübungen von großer Bedeutung, da deren Erlernen Zeit benötigt. Eine einmalige Durchführung führt kaum zu einer körperbezogenen Empfindung. Erst nach mehrmaligen Wiederholungen lernen die Frauen sich auf die Übungen einzulassen, inne zugehen und eine Verbindung zwischen Körper und Geist herzustellen und diese zu stärken. Im Besonderen haben die Entspannungsverfahren bei beiden Frauen Früchte getragen. Sie hatten zu Beginn ihrer Teilnahme an Movi Kune große Schwierigkeiten in der Entspannungsphase zu Ruhe zu kommen. Mit der Zeit haben sie gelernt, sich vielmehr auf innere Prozesse und ihre Atmung zu konzentrieren und ließen sich weniger von äußeren Reizen beeinflussen (Deimel, 2000). Entspannungsmethoden verhelfen zur Reduzierung

der physischen, als auch psychischen Anspannung und verbessern somit beide Ebenen (Brehm, Janke, Sygusch & Wagner, 2006). Fidane, die über Jahre das Bewegungsprogramm besucht, nutzt die gelernten Entspannungsverfahren auch zuhause aus. Vor allem in erregtem Zustand und vor dem Einschlafen wendet sie die Techniken zur Lockerung an. Alima nimmt in dem Semester das erste Mal bei Movi Kune teil. Sie ist zu Beginn stets sehr unruhig und kann sich kaum entspannen. In den letzten Wochen verbessert sich ihr Verhalten und sie konzentriert sich vielmehr auf die Atmung. Kern (2009) kommt zu dem Schluss, dass in der Bewegungstherapie die Entspannungs- und Atemtechniken eine effektive Methode ist, um die Anspannung bei Flüchtlingen zu reduzieren.

Ziele, auf die Movi Kune hingearbeitet hat, sind eingetroffen. Die Frauen erleben ein Sicherheitsgefühl und weitere positive Emotionen, entdecken ihre eigenen Ressourcen und arbeiten aktiv an ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit.

Grundsätzlich ergibt sich die Betrachtung der Daten aus mehreren Perspektiven als schwierig. Zum einen sind nicht alle Übungsleiterinnen in jeder Einheit anwesend und zum anderen, werden unterschiedliche Situationen wahrgenommen und als relevant empfunden. Es werden nur ungewöhnliche und vertraute Verhaltensweisen aufgeschrieben und für die Leiterinnen unbedeutende Ereignisse werden weggelassen. Durch die teilnehmende Rolle ist es den Leiterinnen kaum gewährt, das Verhalten der Frauen nur von außen zu beobachten. Auch muss beachtet werden, dass das Beobachten von spezifischen Personen den Eingriff verfälschen könnte. Es besteht die Gefahr, dass bestimmte Handlungs- und Verhaltensweisen erst durch die beobachtete Person verursacht werden (Lamnek, 2010).

Die emotionale Befindlichkeit der Frauen wird anhand verschiedener Forschungsmethoden analysiert. Dabei kommt zum Vorschein, dass kreative Methoden, wie die Bildinterpretation, zu den selten angewandten Methoden zählt. Die verwendeten Bilder werden von der Kunsttherapeutin ausgesucht. Für die vorliegende Forschung eignet sich diese Art der Datenerfassung, da die Frauen hemmungsloser über ihren emotionalen Zustand reden. Die Frauen haben die Möglichkeit in der dritten Person über ihre Gefühlslage zu reden, sodass eine Distanz zu ihren eigenen negativen Emotionen geschaffen wird. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Sprachbarriere durch die Veranschaulichung der Bilder besser umgangen wird. Die kreative Methode leistet somit einen wichtigen Beitrag für die Erfassung der Daten.

Die vorliegende Arbeit beurteilt nur einen Bruchteil der Interventionen. Schließlich werden aus der gesamten Frauengruppe nur zwei ausgewählt. Weitere Personen wären interessant gewesen, um mehrere Ergebnisse einander vergleichen zu können. Die Dauer der Teilnahme wäre ein weiterer

interessanter Ansatzpunkt. Fidane ist bei der Bewegungstherapie länger dabei als Alima. Welche unterschiedlichen Entwicklungsstände sie aufweisen, wird in dieser Arbeit nur sehr grob angeschnitten. Zudem gibt es wenig Hintergrundinformationen, was die Frauen außerhalb von Movi Kune erleben. Solche Kenntnisse hätten für ein besseres Verständnis ihrer emotionalen Befindlichkeit gesorgt. Die Arbeit zeigt weiters, dass noch Forschungsbedarf im Bereich Sport- und Bewegungstherapie mit traumatisierten Kriegs- und Folterüberlebenden herrscht. Zukünftige Untersuchungen können sich auf unterschiedliche Zielgruppen, aufgeteilt nach bestimmten Merkmalen wie Alter, sportliche Vorerfahrungen, Vorstellungen und Ziele oder ähnliches fokussieren. Somit können unterschiedliche Schwerpunkte, je nach Gruppe, gesetzt werden, um weitere Erkenntnisse der Wirkfaktoren von Sport- und Bewegungstherapien zu erreichen.

## Literaturverzeichnis

Abdallah-Steinkopff, B. (2017). Zusammenarbeit mit Dolmetschern. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 90 - 107). Stuttgart: Schattauer

Abele, A. (1995). Stimmung und Leistung. Allgemein- und sozialpsychologische Perspektive. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe Verlag

Abele, A. & Brehm, W. (1994). Welcher Sport für welche Stimmung? Differentielle Effekte von Fitneß- versus Sportsportaktivitäten auf das aktuelle Befinden. In Nitsch, J. & Seiler, R. (Hrsg.), Bewegung und Sport - Psychologische Grundlagen und Wirkungen. Band 4: Gesundheitssport - Bewegungstherapie (S. 133 - 149). Sankt Augustin: Academia-Verlag

Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1994). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik (S. 279 – 296). 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa

Allmer, H. (2006). Psychische Probleme. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitssport (S. 416 - 426). Schorndorf: Hofmann

Baer, U. & Frick-Baer, G. (2016). Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können. (1. Auflage). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

Birck, A. (2004). Politische Verfolgung und Folter – Folgen und Behandlungsansätze. In Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (Hrsg.), Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung (S. 159 - 170). Wien: Springer

Brehm, W. (2006). Stimmung und Stimmungsmanagement. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitssport (S. 319 – 333). Schorndorf: Hofmann

Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006) Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen. München: Juventa

Bundesministerium für Inneres (2018). Zugriff am 04. September 2018 unter [https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/start.aspx#pk\\_2018](https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/start.aspx#pk_2018)

Burnett, A. & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ*, Volume 322, S. 606-609

Deimel, H. (2000). Entspannungsverfahren in der Sporttherapie. In Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.), *Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S. 154 - 164). München: Urban & Fischer Verlag

Eberhard-Kaechele, M. (2009). Heimkehr zu sich selbst: Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma: traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 165 - 192). Stuttgart: Schattauer

Ebert, J. (2017). Soziale Arbeit. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte* (S. 35 – 57). Stuttgart: Schattauer

Ekkekakis, P. & Petruzzello, S. (2002). Analysis of the affect measurement conundrum in exercise psychology: IV. A conceptual case for the affect circumplex. *Psychology of Sport and Exercise* 3. S. 35-63

Gurris, N. F. & Wenk-Ansohn, M. (2013). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In Maercker, A. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 525-554). Berlin Heidelberg: Springer

Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut* 2015 · 60:547–561, S. 547-561. Berlin Heidelberg: Springer

Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende. Platz für neue Hoffnung. Jahresbericht 2016. Zugriff am 15. Dezember 2017 unter [http://www.hemayat.org/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Jahresberichte/Hemayat\\_Jahresbericht\\_2016\\_01.pdf](http://www.hemayat.org/fileadmin/user_upload/Downloads/Jahresberichte/Hemayat_Jahresbericht_2016_01.pdf)

Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende. Platz für neue Hoffnung. Jahresbericht 2017. Zugriff am 04. September 2018 unter [http://www.hemayat.org/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Jahresberichte/Hemayat-Jahresbericht-2017.pdf](http://www.hemayat.org/fileadmin/user_upload/Downloads/Jahresberichte/Hemayat-Jahresbericht-2017.pdf)



Hölter, G. (2001). Supervision in der Bewegungstherapie mit psychisch kranken Menschen. In Dinold, M., Gerber, G. & Reinelt, T. – all: Austrian Federation Adapted Physical Activity (Hrsg.), „Aufeinander zubewegen“ - durch Bewegung, Spiel und Sport. Adapted Physical Activity (S. 287 – 293). Wien: AFAPA

Hoffmann, N. (1983). Trauer. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 183 – 188). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Huber, G. (2000). Sporttherapie – zur Begründung aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.), Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation (S. 31 – 37). München: Urban & Fischer Verlag

Keeser, W. & Bullinger, M. (1983). Schmerz. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 213 – 219). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Kern, E. (2009). Verletzungen des zentralen Selbsterlebens als Schlüsselstellen der körper- und bewegungsorientierten Traumatherapie. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), Bewegung aus dem Trauma: traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie (S. 193 - 211). Stuttgart: Schattauer

Kerr, J. (1997). Motivation and emotion in sport: reversal theory. Hove : Psychology Press

Koch, S. & Weidinger, B. (2009a). Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. The Arts in Psychotherapy 36. S. 289 - 296

Koch, S. & Weidinger, B. (2009b). Traumatisierte Flüchtlinge: Tanz- und Gesprächspsychotherapie im Zusammenspiel. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), Bewegung aus dem Trauma: traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie (S. 121 – 143). Stuttgart: Schattauer

Kunath, P. (1993). Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit der Sporttreibenden als Gegenstand der Sportpsychologie. In Nitsch, R. & Seiler, R. (Hrsg.), Bewegung und Sport - Psychologische Grundlagen und Wirkungen. Band 1: Motivation, Emotion, Stress (S. 7 - 18). Sankt Augustin: Academia-Verlag

Kutter, P. (1983). Spezielle Emotionen aus psychoanalytischer Sicht. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 204 – 211). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz

Ley, C, Lintl, E. & Movi Kune Team (2014). „Movi Kune – gemeinsam bewegen“: Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden. Zugriff am 02. Jänner 2018 unter [https://typo3.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/spowi/Forschung/Sportpsychologie/262\\_Ley\\_FINAL.pdf](https://typo3.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/spowi/Forschung/Sportpsychologie/262_Ley_FINAL.pdf)

Liedl, A. & Abdallah-Steinkopff, B. (2017). Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 71 - 89). Stuttgart: Schattauer

Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In Maercker, A. (Hrsg.), Posttraumatische Belastungsstörungen (S. 13-34). Berlin Heidelberg: Springer

Mandl, H. & Euler, H. (1983). Begriffsbestimmungen. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 5 – 11). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz

Mayring, Ph. (2003a). Geschichte der Emotionsforschung. In Ulich, D. & Mayring, Ph. (Hrsg.), Psychologie der Emotionen. (S. 11 – 29). 2. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer

Mayring, Ph. (2003b). Klassifikation und Beschreibung einzelner Emotionen. In Ulich, D. & Mayring, Ph. (Hrsg.), Psychologie der Emotionen. (S. 144 – 190). 2. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer

Niesyto, H. & Marotzki, W. (2005). Editorial: Visuelle Methoden in der Forschung. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung, 01 June 2005, Vol.9, pp.1-1

Olbrich, D. (2007). Kreativtherapien – psychotherapeutische Königswege oder brotlose Kunst?. In Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hrsg.), Körper und Kunst in der Psychotraumatologie. Methodenintegrative Therapie (S. 155 – 163). Stuttgart: Schattauer

Pahmeier, I., Tiemann, M. & Brehm, W. (2006). Multiple Beschwerden. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitssport (S. 427 - 440). Schorndorf: Hofmann

Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R. & Reynolds, S. (2000). Stimmungen. Struktur, Dynamik und Beeinflussungsmöglichkeiten eines psychologischen Phänomens. Stuttgart: Klett-Cotta

Rebar, A., Faulkner, G. & Stanton, R. (2015). An exploratory study examining the core affect hypothesis of the antidepressive and anxiolytic effects of physical activity. *Mental Health and Physical Activity* 9. S. 55-58

Resick, P. (2003). Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie. (1. Auflage). Bern: Huber

Rötzer, F. & Zimmer, D. (1983). Beeinflussung von Emotionen. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 306 – 313). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Russell, J. (1980). A Circumplex Model of Affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 1980, Vol. 39, No. 6, S. 1161-1178

Scheef-Maier, G. & Haenel, F. (2017). Begutachtung. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 134 - 146). Stuttgart: Schattauer

Schmidt-Atzert, L. (1981). Emotionspsychologie. Stuttgart: W. Kohlhammer

Schwarzer, R. (1983). Angst und Furcht. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 147 – 156). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Schwenkmezger, P. (1994). Persönlichkeit und Wohlbefinden. In (1994) Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik (S. 119 - 138). 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa

Stammel, N. & Böttche, M. (2017). Psychodiagnostik. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 58 - 70). Stuttgart: Schattauer

Trautmann-Voigt, S. (2009). Multimodale traumazentrierte Tanztherapie: Ein methodenintegratives Konzept. In Moore, C. & Stammermann, U. (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma: traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 215 - 234). Stuttgart: Schattauer

Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2007). Körper-Phänomene und ihre Bedeutung für psychotherapeutische Integrationsbemühungen. In Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hrsg.), *Körper und Kunst in der Psychotraumatologie. Methodenintegrative Therapie* (S. 41 – 56). Stuttgart: Schattauer

Traxel, W. (1983). Emotionsdimensionen. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), *Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. (S. 19 – 27). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Tunner, W. (1983). Freude und Glück. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), *Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. (S. 164 – 168). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Ulich, D. (2003a). Gegenstandbestimmung und Fragestellungen der Emotionspsychologie. In Ulich, D. & Mayring, Ph. (Hrsg.), *Psychologie der Emotionen*. (S. 45 – 61). 2. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer

Ulich, D. (2003b). Ein persönlichkeitspsychologisches Modell der Entstehung von Gefühlszuständen. In Ulich, D. & Mayring, Ph. (Hrsg.), *Psychologie der Emotionen*. (S. 84 – 117). 2. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer

Ulich, D. (2003c). Entwicklung und Sozialisation von Emotionen. In Ulich, D. & Mayring, Ph. (Hrsg.), *Psychologie der Emotionen*. (S. 118 – 143). 2. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer

Van de Vliet, P., Knapen J., David A., Morres, I. & Van Coppenolle, H. (2001). The Relationship between Physical and Global Self-Esteem and Negative Affects in Flemish Adult Psychiatric Patients. In Dinold, M., Gerber, G. & Reinelt, T. – all: *Austrian Federation Adapted Physical Activity* (Hrsg.), „Aufeinander zubewegen" - durch Bewegung, Spiel und Sport. *Adapted Physical Activity* (S. 287 – 293). Wien: AFAPA

Vanden-Abeelee, J. & Schüle, K. (2000). Wissenschaftliche Begründung der Sporttherapie. In Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.), *Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S.9 - 31). München: Urban & Fischer Verlag

Voss, H. (1983). Überraschung und Interesse. In Euler, H. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. (S. 177 – 183). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Vyssoki, D. & Strusievici, S. (2004). Trauma und Körper. In Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (Hrsg.), Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung (S. 35 – 38). Wien: Springer

Vyssoki, D. & Tauber, T. (2004). Intervention und Psychotherapie. In Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (Hrsg.), Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung (S. 107 - 112). Wien: Springer

Wagner, P. & Brehm, W. (2006). Aktivität und psychische Gesundheit. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitssport (S. 103 - 117). Schorndorf: Hofmann

Wenk-Ansohn, M. (2017). Akutversorgung und traumaorientierte Langzeitbehandlung bei traumatisierten und psychisch belasteten Geflüchteten. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (S. 147 - 162). Stuttgart: Schattauer

Wiesing, L. (2013). Sehen lassen. Die Praxis des Zeigens. Berlin: Suhrkamp

World Health Organization. Regional Office for Europe. „Key terms and definitions in mental health“. Zugriff am 27.November 2017 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#post>

## Abbildungsverzeichnis

**Abb.1:** Positionierung der acht gebräuchlichen Affektbegriffe im Circumplex-Modell. Russell, J. (1980). A Circumplex Model of Affect. Journal of Personality and Social Psychology 1980, Vol. 39, No. 6, S. 1164

**Abb.2:** Direkte zirkulare Skalierung der 28 Affektwörter. Russell, J. (1980). A Circumplex Model of Affect. Journal of Personality and Social Psychology 1980, Vol. 39, No. 6, S. 1167

**Abb.3:** die bewussten Gefühle und die unbewusste Stimmung. Brehm, W. (2006). Stimmung und Stimmungsmanagement. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitssport (S. 322). Schorndorf: Hofmann

**Abb.4:** Alimas Wahl vor der Einheit, E23. Therapeutin, 2018

**Abb.5:** Alimas Wahl nach der Einheit, E23. Therapeutin, 2018

**Abb.6:** Fidanes Wahl vor und nach der Einheit, E12. Therapeutin, 2018

**Abb.7:** erste Wahl von Fidane vor der Einheit, E23. Therapeutin, 2018

**Abb.8:** Fidans Wahl vor der Einheit, E23. Therapeutin, 2018

**Abb.9:** weitere Wahl vor der Einheit, E23. Therapeutin, 2018

**Abb.10:** Fidanes Wahl nach der Einheit, E23. Therapeutin, 2018

## Erklärung

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