

# Physiotherapie mit Kriegs- und Folteropfern

Welchen Einfluss hat Basic Body Awareness Therapy (BBAT) auf physische und psychische Beschwerden sowie auf die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern?

Philipp Koch  
S14-638-191

Noémie Burger  
S09-928-144

Departement: Gesundheit  
Institut für Physiotherapie  
Studienjahr: 2014

Eingereicht am: 28.4.2017

Begleitende Lehrperson: Brigitte Fiechter Lienert

**Bachelorarbeit  
Physiotherapie**

## **Abstract**

**Darstellung des Themas:** Weltweit sind 60 Millionen Menschen Opfer von Krieg und Folter. Viele dieser Menschen tragen komplexe physische und psychische Spuren davon. Basic Body Awareness Therapy (BBAT) könnte einen potentiellen Therapieansatz darstellen, um die physischen und psychischen Spätfolgen von Krieg und Folter zu behandeln.

**Zielsetzung:** In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, welchen Einfluss BBAT auf physische und psychische Beschwerden sowie auf die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern hat. Daraus soll eine evidenzbasierte Empfehlung für die Physiotherapie hergeleitet werden.

**Methode:** Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken AMED, CINAHL, MEDLINE und PsycINFO. Anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien konnten zwei zur Beantwortung der Fragestellung relevante Studien gefunden und analysiert werden.

**Relevante Ergebnisse:** In beiden Studien wurden qualitative Interviews durchgeführt. Sie deuten auf eine Verbesserung der physischen und psychischen Beschwerden sowie der Lebensqualität der Betroffenen hin. Die zusätzlichen quantitativen Daten konnten jedoch nur bezüglich der Bewegungsqualität, der Depression und der chronischen Schmerzen der Arme eine signifikante Verbesserung aufzeigen.

**Schlussfolgerung:** BBAT scheint grundsätzlich einen positiven Einfluss auf physische und psychische Beschwerden sowie die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern zu haben. Es kann derzeit jedoch keine allgemeingültige Aussage getroffen werden.

*Keywords:* bbat, basic body awareness therapy, traumatized refugee, torture victim, ptsd, chronic pain

## **Abstract**

**Background:** 60 million people around the world are victims of war and torture. Many of them bear highly complex physical and psychological traces. Basic Body Awareness Therapy (BBAT) might prove to be a potential approach in treatment of these physical and psychological long-term consequences and in the improvement of quality of life.

**Aim:** This bachelor thesis seeks to determine the influence of BBAT on physical and psychological disorders and quality of life in victims of war and torture. The aim is to derive an evidence-based recommendation for physiotherapy.

**Method:** The literature research was conducted using the databases AMED, CINAHL, MEDLINE and PsycINFO. Using criteria for inclusion and exclusion, two studies relevant to the research question could be found and analyzed.

**Results:** Both studies conducted qualitative interviews. They indicate an improvement in physical and psychological disorders and quality of life. The quantitative results in one study only show significant improvement regarding movement quality, depression and chronic pain in the arms.

**Conclusion:** BBAT seems to have a positive influence on physical and psychological disorders and quality of life in victims of war and torture. A universally applicable conclusion can currently not be drawn.

*Keywords:* bbat, basic body awareness therapy, traumatized refugee, torture victim, ptsd, chronic pain



## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	7
1.1. Motivation der Autorin und des Autoren für die Thematik .....	8
1.2. Problemstellung und Zielsetzung.....	8
1.3. Fragestellung.....	9
1.4. Thematische Abgrenzung.....	9
2. Theoretischer Hintergrund .....	11
2.1. Einleitende Definitionen.....	11
2.1.1. Definition: Krieg .....	11
2.1.2. Definition: Folter.....	12
2.1.3. Definition: Flüchtling .....	13
2.1.4. Flüchtlinge und Folteropfer in der Schweiz .....	13
2.1.5. Definition: Lebensqualität.....	14
2.2. Flucht und Trauma .....	16
2.2.1. Definition: Trauma und Traumatisierung .....	16
2.2.2. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell .....	17
2.3. Spätfolgen und Beschwerden verursacht durch Folter .....	17
2.3.1. Foltermethoden.....	18
2.3.2. Sichtbare Spuren von Folter .....	19
2.3.3. Chronische Schmerzen bei Folteropfern.....	20
2.3.4. Psychische Spätfolgen.....	21
2.3.5. Posttraumatische Belastungsstörung: Definition und Behandlungsansätze .....	21
2.4. Transkulturelle Kompetenzen als zentraler Aspekte in der Therapie mit Flüchtlingen.....	23
2.4.1. Sprachliche Barriere .....	24
2.4.2. Kulturelles Verständnis von Krankheit und Schmerz.....	26
2.5. Kriegs- und Folteropfer in der Physiotherapie – Therapieansätze .....	26
2.5.1. Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Physiotherapie .....	27
2.5.2. Basic Body Awareness Therapy (BBAT).....	27
2.6. Fazit .....	29
3. Methodisches Vorgehen .....	30
3.1. Literaturrecherche .....	30
3.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....	31
3.3. Evaluationsinstrument .....	32
4. Vorstellen der gewählten Studien .....	33
4.1. Studie 1: Stade et al. (2015).....	33
4.2. Studie 2: Madsen et al. (2016) .....	39

5. Diskussion .....	43
5.1.1. Spannungen und Schmerzen .....	44
5.1.2. Bewegungsqualität und Körperwahrnehmung .....	46
5.2.1. Emotionale Überforderung und psychische Gesundheit im Allgemeinen .....	48
5.2.2. PTBS, Depression und Angststörungen.....	48
5.3. Lebensqualität .....	49
5.3.1. Schlaf.....	50
5.3.2. Coping Strategien .....	51
5.3.3. Beziehungen und soziale Interaktionen .....	51
5.4. Beantwortung der Fragestellung .....	52
6. Limitationen dieser Arbeit .....	54
7. Theorie-Praxis-Transfer und Schlussfolgerungen .....	55
7.1. Transkulturelle Kompetenz.....	55
7.2. Psychologische Diagnosen und chronische Schmerzen .....	55
7.3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	56
Literaturverzeichnis.....	58
A) Hauptstudien.....	58
B) Hintergrundliteratur .....	58
C) Internetquellen.....	63
Tabellenverzeichnis .....	66
Abbildungsverzeichnis .....	66
Abkürzungsverzeichnis .....	67
Wortzahldeklaration .....	68
Danksagung.....	68
Eigenständigkeitserklärung.....	68
Anhang A) Suchprotokoll .....	69
Anhang B) Kritische Würdigung der Studien.....	71

## 1. Einleitung

Nach Schätzungen des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen [UNHCR] (2015) waren im vergangenen Jahr weltweit fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht vor Kriegen, Konflikten und politischer Verfolgung. Viele dieser Menschen sind nicht nur psychisch von den Erlebnissen in ihrem Herkunftsland und von der Flucht traumatisiert, sondern tragen auch physische und psychische Spuren durch Krieg und Folter davon. Laut einem Ende 2014 erschienen Bericht des UNHCR (2014) stammten 22% der 2014 weltweit eingereichten Asylanträge von Kriegs- und Folteropfern.

Nebst den sichtbaren Kriegs- und Folterverletzungen kommen für viele der Betroffenen chronische Schmerzen hinzu: Verschiedenste Studien und Untersuchungen haben bisher verdeutlicht, dass Menschen mit Migrationshintergrund Schmerzen anders wahrnehmen, als Menschen ohne Migrationshintergrund (Green et al., 2003; Kwok und Bhuvanakrishna, 2014; Edwards, Fillingim und Keefe, 2001; Zborowski, 1952; Bates, Edwards und Anderson, 1993 und Thomsen, Eriksen und Smidt-Nielsen, 2000). Weiss (2005) schreibt, dass Migrantinnen und Migranten häufiger an Müdigkeit und Schlaflosigkeit sowie an Kopf- und Rückenschmerzen leiden als Schweizerinnen und Schweizer. Menschen mit Migrationshintergrund leiden zudem häufiger an chronischen Schmerzen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Gründe dafür nennt sie viele. So haben Migrantinnen und Migranten beispielsweise ein erhöhtes Unfallrisiko sowie ein anderes Gesundheitsverhalten. Zudem leiden Asylsuchende häufiger unter psychosozialen Problemen oder gar psychischen Störungen aufgrund von Traumata (ebd.).

Beachtet man die global stetig steigende Zahl an Flüchtlingen, ist es für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nicht unwahrscheinlich, auf Patientinnen und Patienten zu treffen, die aufgrund direkter oder indirekter Folgen von Krieg und Verfolgung eine therapeutische Behandlung benötigen. Der Umgang mit diesen physisch und psychisch traumatisierten Menschen kann auch für erfahrene Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eine grosse Herausforderung bedeuten. Zu

den Traumata kommen kulturelle und in vielen Fällen sprachliche Differenzen, welche die Kommunikation und Interaktion erschweren.

### **1.1. Motivation der Autorin und des Autoren für die Thematik**

Die Frage, wie den Betroffenen am besten geholfen wird, beschäftigte die Autorin und den Autor. Deshalb haben sie sich entschieden, sich genauer mit den physiotherapeutischen Möglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge auseinander zu setzen. Da Basic Body Awareness Therapy (BBAT) nicht Bestandteil der physiotherapeutischen Grundausbildung in der Schweiz ist, nahmen die Verfasserin und den Verfasser diese Arbeit zum Anlass, sich eingehender mit dem ihnen bis anhin unbekanntem physiotherapeutischen Konzept auseinanderzusetzen.

### **1.2. Problemstellung und Zielsetzung**

Diese Arbeit soll einen Einblick in die physiotherapeutische Behandlung von Kriegs- und Folteropfern geben und aufzeigen von welchen physischen und psychischen Beschwerden solche Patientinnen und Patienten in der Regel betroffen sind. Zu diesem Zweck werden einerseits zentrale Begriffe wie Lebensqualität, Flucht, Folter und Trauma definiert und andererseits die physischen und psychischen Spätfolgen von Folter umrissen.

Im Weiteren soll anhand dieser Arbeit aufgezeigt werden, wo in der Therapie mit Kriegs- und Folteropfern transkulturelle Kompetenzen zum Tragen kommen und was diese beinhalten. Dazu soll aus der Literatur hergeleitet werden, welchen Stellenwert transkulturelle Kompetenzen für die Therapie haben. Anhand von zwei Beispielen werden die Hürden aufgezeigt, die es zu überwinden gilt.

Zudem soll das Therapiekonzept der BBAT beschrieben und anhand ausgewählter

Studien deren Einfluss auf physische und psychische Beschwerden sowie auf die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern untersucht werden.

Das Ziel ist somit, anhand dieser Arbeit eine evidenzbasierte Empfehlung für die Physiotherapie mit Kriegs- und Folteropfern herzuleiten.

### **1.3. Fragestellung**

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewählte Fragestellung lautet:

*Welchen Einfluss hat Basic Body Awareness Therapy (BBAT) auf physische und psychische Beschwerden sowie auf die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern?*

### **1.4. Thematische Abgrenzung**

In dieser Arbeit wird ausschliesslich auf erwachsene Migrantinnen und Migranten aus arabischen Ländern mit Kriegs- und Foltererfahrung und deren physische und psychische Beschwerden eingegangen. Da das Phänomen als Ganzes betrachtet werden soll und nicht auf kulturelle Besonderheiten eingegangen werden kann, werden im Rahmen dieser Arbeit die Herkunftsländer der Betroffenen ausser Acht gelassen. Die Thematik rund um traumatisierte Kinder und die Folgen für deren Entwicklung wird bewusst weggelassen, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

In der Literatur werden unzählige Therapiemethoden für die Behandlung chronischer Schmerzen oder psychischer Störungen bei den Opfern von Krieg und Folter beschrieben. Im Rahmen dieser Arbeit und der oben genannten Fragestellung wird einzig das Konzept der BBAT eingehender betrachtet. Da es sich bei BBAT um ein

vergleichsweise neues Therapiekonzept handelt, wurden ausschliesslich Studien gewählt, welche nicht älter als 3 Jahre sind.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1. Einleitende Definitionen

Einleitend sollen in den folgenden Abschnitten zentrale Begriffe wie Krieg, Folter, Flucht und Lebensqualität genauer beschrieben und eine im Rahmen dieser Arbeit gültige Definition aufgestellt werden. Ausserdem wird der Bezug zur aktuellen Situation von Flüchtlingen in der Schweiz hergestellt.

#### 2.1.1. Definition: Krieg

Die Arbeitsgemeinschaft Kriegsursachenforschung [AKUF] der Universität Hamburg definiert Krieg in Anlehnung an den ungarischen Friedensforscher István Kende (1917–1988) als:

Ein gewaltsamer Massenkrieg, der alle folgenden Merkmale aufweist:

1. an den Kämpfen sind zwei oder mehr bewaffnete Streitkräfte beteiligt, bei denen es sich mindestens auf einer Seite um reguläre Streitkräfte (Militär, paramilitärische Verbände, Polizeieinheiten) der Regierung handelt;
2. auf beiden Seiten muss ein Mindestmass an zentralgelenkter Organisation der Kriegführenden und des Kampfes gegeben sein, selbst wenn dies nicht mehr bedeutet als organisierte bewaffnete Verteidigung oder planmässige Überfälle (Guerillaoperationen, Partisanenkrieg usw.);
3. die bewaffneten Operationen ereignen sich mit einer gewissen [Kontinuität] Kontinuität und nicht nur als gelegentliche, spontane Zusammenstösse, d.h. beide Seiten operieren nach einer planmässigen Strategie, gleichgültig ob die Kämpfe auf dem Gebiet einer oder mehrerer Gesellschaften stattfinden und wie lange sie dauern. (2010, Abs. 2-5)

Das Heidelberger Institut für Internationale Konfliktforschung [HIIK] (2016) zählte im Jahr 2015 insgesamt 409 offene Konflikte, davon wurden 223 Auseinandersetzungen mit Waffengewalt ausgetragen. Dabei seien mindestens 12'000 Menschen getötet und 2,4 Millionen vertrieben worden. Die Zahl der Kriege belief sich weltweit auf 19.

### 2.1.2. Definition: Folter

Der Artikel 1 der Antifolterkonvention der Vereinten Nationen bezeichnet Folter als:

Jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich grosse körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmasslich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen oder um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund, wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden. Der Ausdruck umfasst nicht Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Sanktionen ergeben, dazu gehören oder damit verbunden sind. (Bundesanzeiger Verlag [elektronische Version], 1990, S. 247-248)

Laut Amnesty International [AI] setzen die Regierungen in einer Reihe von Ländern – insbesondere in Nordafrika sowie im Nahen und Mittleren Osten – Folter und Misshandlung ein, um gegen Proteste und Oppositionen vorzugehen (2014). Zwischen Januar 2009 und März 2014 hat AI durch Staatsbedienstete aus 141 Ländern Berichte über Folter und andere Misshandlungen erhalten. Während in einigen Ländern Folter routinemässig und systematisch angewandt wurde, sind in anderen nur Einzel- und Ausnahmefälle dokumentiert (2014).

Die Opfer von Folter gehören oftmals zu ohnehin benachteiligten Gruppen. Oft handelt es sich um Homosexuelle, Bisexuelle, Transgender, Intersexuelle, Angehörige ethnischer Minderheiten, Frauen und Kinder. Zudem sind Menschen, die in Armut leben ebenfalls besonders häufig betroffen (AI, 2014).

### 2.1.3. Definition: Flüchtling

Der UNHCR (n.d. a) definiert den Begriff Flüchtling in Anlehnung an den Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention als:

Person, die sich ausserhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann. (Abs. 1)

Binnenvertriebene hingegen sind Menschen in ähnlichen Situationen, die zwar ihre Heimatregion verlassen, aber im selben Staat bleiben (UNHCR, n.d. b). Im Rahmen dieser Arbeit ist ausschliesslich von Flüchtlingen im Sinne der ersten Definition die Rede.

### 2.1.4. Flüchtlinge und Folteropfer in der Schweiz

Insgesamt verfügt laut Bundesamt für Statistik [BSF] (2014) über ein Drittel der in der Schweiz lebenden Bevölkerung über einen Migrationshintergrund. Die Asylstatistik des Staatssekretariats für Migration [SEM] (2015) gibt an, dass sich in der Schweiz Ende 2015 über 60'000 Menschen im Asylprozess befanden. Eritrea (15'353), Syrien (9'411), Afghanistan (9'078), Somalia (4'249) und Irak (3'333) sind

die fünf häufigsten Herkunftsländer von Flüchtlingen in der Schweiz – die meisten davon sind Länder mit derzeit offenen kriegerischen Konflikten.

Moser (2007) betont, dass Schätzungen zufolge 35% der in westlichen Ländern lebenden Migranten gefoltert wurden. Untersuchungen von Wicker (1993) zufolge betrug Anfang der 90er-Jahre der Anteil der gefolterten Asylanten<sup>1</sup> in der Schweiz 73%. Bei den Flüchtlingen aus Jugoslawien waren es 63% und bei jenen aus Sri Lanka 66%. Moser (2007) trifft die Annahme, dass der Anteil gefolterter Migrantinnen und Migranten heute bedeutend höher ist. Leider sind dazu jedoch keine aktuelleren Zahlen für die Schweiz zu finden.

Die fünf Schweizer Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuzes [SRK] bieten in Bern, Genf, Lausanne, Zürich und St. Gallen ein ambulantes Therapieangebot für traumatisierte Menschen an. Dort werden jährlich 250 – 300 Migrantinnen und Migranten aus Europa, Afrika, Asien und dem Nahen Osten betreut (SRK, 2016). In Anbetracht der oben dargelegten Verhältnisse erscheint diese Zahl jedoch eher gering und es liegt die Vermutung nahe, dass nicht alle Betroffenen den Weg in einem dieser Ambulatorien finden.

#### 2.1.5. Definition: Lebensqualität

Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] definiert Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben im Kontext ihrer Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt sowie im Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. (WHO, 1997). In der Literatur und Forschung ist oftmals von der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQOL) die Rede. Im Artikel „Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung“ schreiben Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) über die gesundheitsbezogene Lebensqualität:

---

<sup>1</sup> Hierbei werden nur jene Asylanträge gerechnet, die von Einzelpersonen und nicht aufgrund von Familienzusammenführung gestellt wurden.

Sie stellt heute ein zentrales psychologisches Forschungsthema und ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes Evaluationskriterium in der Medizin dar [...] Insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen werden Fragen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität häufig thematisiert. [...] Bei der Beurteilung und Bewertung von Ergebnissen medizinischer Behandlungsmassnahmen geht es heute nicht mehr allein um die Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern zunehmend auch darum, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurecht kommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten [..] (S. 9ff)

Des Weiteren definieren Schumacher et al. (2003) die gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein „multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet.“ (ebd., S. 10).

Nach Patrick und Erickson (1993) lässt sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität in folgende vier Elemente unterteilen:

1. Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, welche von Betroffenen als primäre Ursache für Einschränkungen der Lebensqualität erlebt werden.
2. Die psychische Verfassung, welche emotionales Befinden, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit umfasst.
3. Funktionale Einschränkungen durch Erkrankung in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf und Freizeit.
4. Zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Interaktionen sowie erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen in diesem Bereich.

Ein standardisiertes Assessment zur Evaluierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist der Short-Form-36 Health Survey (SF-36), dessen deutsche Version aus 36 Items mit acht Subkategorien zur körperlichen und psychischen Gesundheit besteht (Schüler und Dietz, 2004).

## 2.2. Flucht und Trauma

Da im Rahmen dieser Arbeit von traumatisierten Flüchtlingen die Rede ist, soll an dieser Stelle der Begriff Trauma definiert und der Zusammenhang zwischen Flucht und Traumatisierung dargelegt werden. Um die physischen und psychischen Spätfolgen von Folter, welche im nächsten Kapitel kurz umrissen werden, besser zu verstehen, wird hier ausserdem auf das biopsychosoziale Krankheitsmodell eingegangen.

### 2.2.1. Definition: Trauma und Traumatisierung

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet zu Deutsch „Wunde“ oder „Verletzung“. Ursprünglich wurde damit also eine physische Verletzung bezeichnet, erst im 19. Jahrhundert erhielt der Begriff auch eine psychologische Komponente (Moser, 2007). Ein Trauma wird im internationalen statistischen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD-10] als „[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde [...]“ beschrieben (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [elektronische Version], 2016).

Birck (2002) bemängelt an diesem Traumakonzept, dass dieses zeitlich begrenzt ist. In ihrer Ansicht ist dieses Konzept nicht anwendbar bei Betroffenen, die „chronische Traumatisierungen“ (Birck, 2002, Abs. 13), durch lange anhaltende Verfolgung sowie wiederholte Haft, Folter und Flucht, erlitten haben. Es braucht an dieser Stelle, so Birck (2002), ein Konzept, welches die Prozesshaftigkeit der Traumata verdeutlicht. Diese Zeitdimension greift Moser (2007) auf wenn sie die Traumatisierung als Prozess beschreibt. Laut Keilson (1979, zitiert nach Moser, 2007, S. 521) kann eine extreme Belastung nicht als ein alleinstehendes Ereignis angesehen werden. Denn ein schweres traumatisches Ereignis kann nie vollkommen aufgearbeitet werden und wirkt somit auch auf später folgende Lebensabschnitte mit ein

(Kahn, 1963, zitiert nach Moser, 2007, S. 520). Sowohl die „kumulative Traumatisierung“ nach Khan (1963, zitiert nach Moser, 2007, S. 520) als auch die „sequentielle Traumatisierung“ nach Keilson (1979, zitiert nach Moser, 2007, S. 521) verdeutlichen, dass die traumatisierende Belastung auch nach der Phase der eigentlichen Bedrohung weiterbesteht und möglicherweise chronische Folgen haben kann (Moser, 2007).

### 2.2.2. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell gilt als eines der am häufigsten verwendeten Erklärungsmodelle der psychosomatischen Medizin (Goodman, 1991). Seine Grundlage beruht auf Engel (1977), dessen Theorie das biomedizinische Modell ablöste und biologische, psychologische und soziale Faktoren als wechselseitige Einflüsse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Beschwerden berücksichtigte. Betont wird dabei die aktive Rolle des Individuums bei der Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit (Knoll, Scholz und Rieckmann, 2005). Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1979 und 1987, zitiert nach Dlugosch, 1994). Dabei werden Gesundheit und Krankheit als Endpunkte eines Kontinuums angesehen. Solche – nicht rein biomedizinische – Krankheitsmodelle spielen im Hinblick auf chronische Schmerzen (siehe Kapitel 2.3.3.) eine bedeutende Rolle.

Wie man einer drohenden Chronifizierung von Schmerz wirksam begegnet, beschreibt Hengeveld (2003) in Anlehnung an das biopsychosoziale Modell. Ein zentraler Aspekt ist dabei, dass die Betroffenen das Gefühl der Kontrolle über die Schmerzen zurückerhalten. Somit sollen auch Selbstmanagementstrategien in die Therapie integriert und emotionale oder kognitive Aspekte (Angst, Gefühl der Verletzlichkeit, Zorn, Niedergeschlagenheit, Depression und Schuldgefühle) in das Gesamtbild der Betroffenen einbezogen werden. Denn nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell wird die Krankheits- oder Schmerzerfahrung ebenso durch frühere Erlebnisse und Lernprozesse beeinflusst wie durch soziale Aspekte (Hengeveld, 2003).

## 2.3. Spätfolgen und Beschwerden verursacht durch Folter

Im Folgenden werden nun die physischen und psychischen Spätfolgen und Beschwerden beschrieben wie sie bei Betroffenen oft beobachtbar sind. Dazu wird eine kurze Übersicht, über die am Weitesten verbreiteten Foltermethoden gegeben.

### 2.3.1. Foltermethoden

Moser (2007) listet einige der bekanntesten Foltermethoden auf, diese werden in Tabelle 01 dargestellt.

Tabelle 01 – Bekannteste Foltermethoden (Moser, 2007, S. 526)

Art der Folter	Foltermethode	
<b>Primär physisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fesselung</li> <li>• Verabreichen von Medikamenten</li> <li>• Verstümmelung und Amputationen</li> <li>• Ausreissen von Nägeln/Zähnen</li> <li>• Einführen spitzer Gegenstände ins Nagelbett</li> <li>• Erstickten, Ertränken etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schläge (mit Stangen, Peitschen etc.)</li> <li>• „Telefon“ (Schläge auf die Ohren)</li> <li>• Falaka/ Bastonade (Schläge auf Fusssohlen)</li> <li>• Elektrischer Strom</li> <li>• Verbrennung</li> <li>• Aufhängen an Armen/Füssen</li> </ul>
<b>Primär psychisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deprivation (z.B. Schlafentzug)</li> <li>• Konfusion</li> <li>• Permanentes Verhören</li> <li>• Erniedrigung</li> <li>• Drohung (mit Folter/Tod der eigenen Person oder von Dritten)</li> <li>• Zwang, Folter an Dritten mitzuerleben</li> <li>• Isolation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hooding“ (Überziehen eines Sacks/einer Kapuze)</li> <li>• Scheinerschiessung</li> <li>• Erzwungenes Essen von Exkrementen</li> <li>• Verletzung/Missachtung religiöser Vorschriften</li> <li>• Willkürliche Änderung der Regeln</li> </ul>
<b>Primär sexuell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführen von Gegenständen in Vagina/After</li> <li>• Elektroschock an Genitalien</li> <li>• Vergewaltigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verletzung/Verstümmelung der Sexualorgane</li> <li>• Sexuelle Bedrohung/Belästigung/Misshandlung</li> </ul>
<b>Primär biologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wasser-/Nahrungsentzug</li> <li>• Aussetzen gegenüber Kälte/Hitze/Nässe/Lärm/Licht/Dunkelheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterlassen medizinischer Betreuung</li> <li>• Entzug von Kleidern/Hygiene</li> <li>• Durchbrechen des Schlafrythmus/Schlafentzug</li> </ul>

### 2.3.2. Sichtbare Spuren von Folter

Im Artikel „Physiotherapy with torture survivors“ beschreibt Franklin (2001) die häufigsten Folgeschäden von Folter: Bei vielen der Opfer ist die Wirbelsäule betroffen und degenerative und posturale Veränderungen sind häufige Folgen wiederholter Schläge. Wurden die Betroffenen dazu an einem Stuhl festgebunden, kommt es zu besonders hohen Belastungen der Halswirbelsäule, ähnlich eines Schleudertraumas. Durch Aufhängen an den Handgelenken kann es zu Hypermobilität im Schultergürtel und der Wirbelsäule sowie zu Verletzungen im Plexus brachialis kommen.

In der Arbeit „Disability among tortured refugees in relation to pain and sensory function in their feet“ beschreibt Prip (2014) unter anderem die Bastonade – oder Falaka – eine insbesondere im Mittleren Osten weit verbreitete Foltermethode. Dabei werden die Fusssohlen der Opfer in verschiedenster Weise mit Stöcken oder anderen Instrumenten geschlagen. Oft werden die Füße anschliessend in kaltes Wasser getaucht oder die Opfer werden zwischen oder nach den Schlägen gezwungen zu gehen – um so den Effekt der Verletzungen zu verstärken. Starke Schmerzen, Blutergüsse und Ödeme sind die akuten Folgen (Prip, 2014). Franklin (2001) erläutert, dass als Spätfolge die Beweglichkeit der Tarsalknochen reduziert und so die Fusswölbung sowie die Gewebeweglichkeit beeinflusst sein kann. Abweichungen vom physiologischen Gangbild und Hinkmechanismen sind laut Prip (2014) oft bei den Opfern von Bastonade zu beobachten. Dazu gehören eine verkürzte Schrittlänge, Vermeiden des Fersenkontaktes, Abrollen über die laterale Fusskante und ein abnormales Abdrücken über das Grosszehengrundgelenk. Besonders nachts verspüren die Patienten brennende Schmerzen und reagieren sehr empfindlich auf Palpation der Metatarsalköpfchen sowie des Talus (Forrest, 1999; Prip, 2014).

Franklin (2001) betont, dass die Methoden und somit auch die Auswirkungen von Folter von schier unendlicher Vielfalt sind und nicht jede Foltermethode zwingend sichtbare Spuren hinterlässt.

### 2.3.3. Chronische Schmerzen bei Folteropfern

Während akuter Schmerz als Verhütungs- und Schutzreaktion dient, hat der chronische Schmerz keinen physiologischen Nutzen. Ein chronischer Schmerz kann sich entwickeln, obwohl der anfängliche Gewebeschaden oder Reiz nicht mehr besteht. Dabei spielen übersegmentale, sowie emotionale und psychologische Faktoren eine bedeutende Rolle (Fischer, 2006).

Diverse Studien haben gezeigt, dass Migrantinnen und Migranten ein höheres Risiko für chronische Schmerzen aufweisen. Dies gilt insbesondere für Opfer von Folter (Thomsen et al., 2000; Kim und Yu, 2015). Forrest (1999) beschreibt die Untersuchung von physischen Folgeerscheinungen von Folter. Er stellt fest, dass während einige der untersuchten Patientinnen und Patienten deutliche Narben aufweisen, bei anderen kaum oder gar keine Spuren zu finden sind – denn die Art der Verletzungen und Narben sind abhängig von der Art der angewandten Foltermethode (Forrest, 1999).

Die Opfer von Folter weisen auch noch Jahre später eine grosse Häufigkeit und Vielfalt an Symptomen wie Schmerzen oder Steifigkeit auf, die in der Regel muskuloskelettal sind, teilweise aber auch innere Organe betreffen (Rasmussen, 1991; Edston, 1999, zitiert nach Kim und Yu, 2015, S. 2763). Häufige Spätfolgen sind neurologische Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems (Rasmussen, 1990 und 1977; Hougen, 1988; Randall, 1991, zitiert nach Thomsen et al., 2000, S. 155ff).

Die von Thomsen et al. (2000) in einer Studie zu chronischen Schmerzen bei Folteropfern untersuchten Patientinnen und Patienten wiesen allesamt nicht nur nozizeptive sondern auch neuropathische Schmerzen auf. Amris und Prip (2000) erläutern, dass Folteropfer ausserdem oftmals auch eine veränderte zentrale Schmerzverarbeitung und Symptome ähnlich der Fibromyalgie sowie psychosomatische Schmerzen aufweisen. Sie argumentieren, dass es durch den enormen Schmerzinput während der Folter zu neuroplastischen Veränderungen im zentralen Nerven-

system kommen kann und somit die Schmerzen auch ohne Impulse aus der Peripherie weiterbestehen können. Laut Nielsen (2014) geht man davon aus, dass bei Verletzungen die Intensität der Schmerzen, das Ausmass der Verletzung sowie die emotionale Belastung eine entscheidende Rolle spielen, ob sich aus akuten Schmerzen chronische entwickeln. Auch eine inadäquate Behandlung von Verletzungen kann dazu beitragen. Dies erklärt, wieso Folteropfer ein signifikant hohes Risiko haben, chronische Schmerzen zu entwickeln (Nielsen, 2014).

#### 2.3.4. Psychische Spätfolgen

Zu all diesen körperlichen Symptomen und Schmerzen kommen laut dem SRK (2016) Panikattacken, Depressionen, soziale Isolation und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Laut Nielsen (2014) konnte in diversen Studien gezeigt werden, dass PTBS und chronische Schmerzen häufige Ko-Morbiditäten sind. Die häufigsten psychischen Folgen von Folter sind – so Grodin, Piwowarczyk, Fulker, Bazazi und Spaer (2007) – „massive depressive disorder“ (MDD), PTBS oder beides. Die laut den Autoren am meisten verbreiteten Symptome sind Depression (60%–66%), Angst (38%–93%), Schlafstörungen (51%–83%) und anhaltende Schmerzen (45%–58%).

#### 2.3.5. Posttraumatische Belastungsstörung: Definition und Behandlungsansätze

PTBS wird nach ICD-10 folgendermassen klassifiziert:

[Diese] PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein [Trauma] [...] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen,

Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [elektronische Version], 2016).

Da viele der Betroffenen Symptome aufweisen, welche nicht mehr in die Kategorie des „gewöhnlichen PTBS“ fallen, wurde die Diagnose des „komplexen PTBS“ geschaffen. Bezeichnend für eine komplexe PTBS ist die Somatisierung und Veränderung in der Regulation von Affekten und Impulsen, Bedeutungssystemen, Bewusstsein, Wahrnehmung von sich selbst und anderen, sowie Beziehungen zu anderen (Grodin et al., 2007).

Da die Beziehungsfähigkeit durch die Traumatisierung beeinträchtigt wird, baut die Therapie auf dem Bilden neuer Beziehungen auf. Zwischenstufen der Behandlung durch Beziehungsaufbau beinhalten die Herstellung von Sicherheit, die Rekonstruktion des Traumas und die Wiederherstellung einer Verbindung der Folteropfer zu ihrer Gemeinschaft (Grodin et al., 2007). Physiotherapie und medikamentöse Behandlung zeigten laut den Autoren Erfolge in unterschiedlichem Ausmass. Kognitive Verhaltenstherapie, Desensibilisierung der Augenbewegung und Arzneimittelbehandlung werden angewandt, um die Wahrnehmung zu verändern. Mithilfe der Psychotherapie sollen die Betroffenen ermächtigt werden, über ihre Traumata der Vergangenheit hinweg zu kommen und erfolgreich in der Gegenwart zu leben. Dies beinhaltet das Überwinden von Hilflosigkeit und das Wiedererlangen der Kontrolle

über die eigenen Emotionen. Lernen die Betroffenen beispielsweise emotional erregende Stimuli erkennen und vom ursprünglichen Trauma zu differenzieren, können sie eine verstärkte Kontrolle über die eigenen Emotionen zurückgewinnen (ebd.).

Grodin et al. (2007) sehen somit Kontrolle als Gegenmittel zur Machtlosigkeit, welche die Betroffenen aufgrund des ursprünglichen Traumas erleben. Diese Kontrolle kann durch eine Vertiefung der Selbstwahrnehmung und Selbstbeherrschung sowie der Willenskraft und Entscheidungsfreiheit wiedergewonnen werden. Als unterstützende Massnahmen schlagen die Autoren Entspannung, Meditation oder Hypnose vor.

#### **2.4. Transkulturelle Kompetenzen als zentraler Aspekt in der Therapie mit Flüchtlingen**

In diversen Arbeiten, die sich mit der Physiotherapie mit Kriegs- und Folteropfern beschäftigen, wird nebst verschiedenen Therapiemethoden auch immer wieder der Aspekt der transkulturellen Kompetenz erwähnt. Im Therapiekontext mit Migrantinnen und Migranten – und insbesondere mit traumatisierten Flüchtlingen – ist transkulturelle Kompetenz seitens der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unabdingbar. Weiss (2005) sieht mangelnde transkulturelle Kompetenz auf Seiten der Behandelnden als einen der Gründe, weshalb Migrantinnen und Migranten in der Schweiz ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung chronischer Beschwerden haben.

Transkulturelle Kompetenz ist „die Fähigkeit, individuell angepasste Handlungsweisen, unter Einbezug individueller Lebenswelten in unterschiedlichen Kontexten, abzuleiten“ (Domening, 2007, S. 174). Für Fachpersonen im Gesundheitswesen ist also die Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer individuellen Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können, zentral. Unreflektierte Vorurteile und Stereotypisierungen über Personengruppen oder Individuen verhindern den Blick auf deren tatsächliche Probleme und erschweren so eine angemessene Be-

handlung. Diese Fähigkeit der Interaktion setzt Selbstreflexion, Erfahrung und Hintergrundwissen sowie narrative Empathie voraus (Ranker, 2013).

Im Folgenden werden zwei Problemfelder näher betrachtet, welche in der Therapie mit Migranten und insbesondere mit Kriegs- und Folteropfern besonders zu beachten sind und daher auch transkultureller Kompetenzen bedürfen. Es sind auf der einen die sprachlichen Differenzen, welche sowohl Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten als auch Patientinnen und Patienten vor grosse Herausforderungen stellen. Und auf der anderen Seite kann das kulturell bedingte Verständnis von Schmerz und Krankheit bei mangelndem Wissen seitens der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu Missverständnissen führen.

#### 2.4.1. Sprachliche Barriere

Viele der Betroffenen sind nur teilweise oder gar nicht einer der Landessprachen der Schweiz mächtig. Somit fällt ihnen die Verbalisierung ihrer Beschwerden, Ängste und Emotionen deutlich schwerer. Und auch die behandelnden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten können nur begrenzt auf die Patientinnen und Patienten und deren Symptome eingehen. Der Prozess der Hypothesenbildung und des Clinical Reasonings durch die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ist daher beeinträchtigt, was wiederum die Qualität der Therapie beeinflussen kann.

In ihrer Arbeit „muslimische Patienten in der Physiotherapie“ schreibt Ranker (2013), dass Sprache ein Ausdruck kulturspezifischen Welterlebens ist (Maletzke, 1996, zitiert nach Ranker, 2013, S. 24) und für eine gelungene Kommunikation somit Sprachkenntnis allein nicht ausreicht, sondern zusätzlich Kenntnis benötigt wird, in welchem kulturellen Kontext eine Äusserung zu verstehen ist. Auch die nonverbale Kommunikation kann zu Missverständnissen führen, denn Gesten sind ebenfalls kulturell geprägt (Glück, 2009, zitiert nach Ranker 2013, S. 24).

In diesem Zusammenhang nimmt Ranker (2013) auch Bezug auf das Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun (1981). Dieses beinhaltet, dass eine Nachricht (wie in

Abb. 01 ersichtlich) auf den folgenden vier Ebenen gesendet und empfangen werden kann: Sachebene, Appellseite, Selbstkundgabe und Beziehungsseite. Nach Schulz von Thun (1981) sind sowohl Sender als auch Empfänger für die Qualität der Kommunikation verantwortlich. Kellenhauser und Schewior-Popp (1999, zitiert nach Ranker, 2013, S. 25) sind der Ansicht, dass sowohl Sender als auch Empfänger für ein erfolgreiches Gespräch die Ebenen kennen sollten. Ist dem nicht so, kann eine Rückmeldung eingeholt werden, zur Überprüfung ob die Nachricht sinn- gemäss empfangen wurde – was besonders von Bedeutung ist, wenn ein Gesprächspartner die Sprache nur teilweise beherrscht (ebd.).



Abb. 01 – Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun (eigene Darstellung)

Da die Sprache so eng mit der Kultur verbunden ist, sind bestimmte Ausdrücke auch für Menschen, die einer anderen Sprache mächtig sind, nur schwer zu übersetzen. Kahraman (2008, zitiert nach Ranker, 2013, S. 22) beschreibt beispielsweise, dass es im Türkischen alleine für physische Schmerzen vier Ausdrücke gibt und für psychische Beschwerden kommen noch eine Reihe weiterer Begriffe hinzu. Somit ist für eine erfolgreiche Kommunikation auch essentiell, das kulturell bedingte Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Schmerz zu erfassen.

Für viele Migrantinnen und Migranten ist daher oftmals die körperliche Verbalisierung des Leidens die einzige mögliche Form der Kommunikation. Dies führt oftmals für beide Seiten zu Sprach- und Hilflosigkeit (Loncarevic, 2007).

#### 2.4.2. Kulturelles Verständnis von Krankheit und Schmerz

Kellenhauser und Schewior-Popp (1999, zitiert nach Ranker, 2013, S. 7ff) stellen fest, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ein Konstrukt von kultureller und gesellschaftlicher Prägung ist, denn trotz individueller Unterschiede sind kulturspezifische Ansichten der Begriffe Gesundheit und Krankheit erkennbar. Das lässt sich dadurch erklären, dass Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund Krankheit basierend auf ihrem Weltbild erklären, welches wiederum kulturell und gesellschaftlich verankert ist (Heinz und Kluge, 2011, zitiert nach Ranker, 2013, S. 7).

Laut Ranker (2013) spielt dabei die Schmerzwahrnehmung und der Umgang mit Schmerzen eine besondere Rolle. Sie sind grundlegende Faktoren und für den Verlauf der Therapie von Bedeutung. Besonders die Art und Weise wie Schmerzen erlebt und ausgedrückt werden ist vom kulturellen Hintergrund abhängig (Becker, 2006, zitiert nach Ranker, 2013, S. 21). Studien haben ergeben, dass die Herkunft von Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf die Schmerzintensität, die Lokalisation, die Anzahl der Symptome und den Gebrauch von Medikation hat (Sleptsova, Wössmer und Langewitz, 2009, zitiert nach Ranker, 2013, S. 9). Butler und Moseley (2009) betonen ebenfalls, dass diverse Studien gezeigt haben, dass Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen diverse Schmerzschwellen und Schmerzantworten haben.

#### **2.5. Kriegs- und Folteropfer in der Physiotherapie – Therapieansätze**

Im Folgenden werden nun in der Literatur empfohlene Therapieansätze aus dem Spannungsfeld zwischen Physiotherapie und Psychologie beleuchtet. Ausserdem wird das in dieser Arbeit zentrale Konzept der BBAT eingehender beschrieben.

### 2.5.1. Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Physiotherapie

Besonders in nordeuropäischen Staaten hat sich in den letzten Jahrzehnten die Physiotherapie zu einem Berufsfeld innerhalb der Psychologie entwickelt (Roxendal 1985; Gyllensten und Nilsson 1993; Mattsson 1998, zitiert nach Gyllensten, Hansson und Ekdahl, 2003, S. 173). Tanz- und Bewegungstherapie sind häufige Formen körperbetonter Therapieansätze bei Opfern von Folter und Misshandlung. Verbreitete physische und psychische Spätfolgen von Folter wie Dissoziierung vom eigenen Körper, muskuläre Verspannungen, Atembeschwerden oder reduzierte Körperwahrnehmung können damit behandelt werden (Callaghan, 1993; Gray, 2001, zitiert nach Grodin et al., 2007, Abs. 10). Ebenfalls häufig verwendete Methoden sind Sporttherapie, Feldenkrais, Qigong und Taiji, Kunsttherapie, Massagetherapie, BBAT und viele weitere trainings-, bewegungs- und körperbezogene Konzepte (Ley et al., 2014). Die in Schweden entwickelte BBAT beispielsweise wird im skandinavischen Gesundheitswesen als eine der häufigsten physiotherapeutischen Therapieformen bei psychischen Erkrankungen angewandt (Hedlund und Gyllensten, 2010).

### 2.5.2. Basic Body Awareness Therapy (BBAT)

Bei BBAT handelt es sich um eine ganzheitliche Methode, bei der Körperwahrnehmung als eine Grundform der Selbstwahrnehmung angesehen wird. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten verwenden Bewegung, Atmung und Berührung, um bei Patientinnen und Patienten wieder ein Gleichgewicht und eine Einheit von Körper und Geist herzustellen. Startpunkt der Therapie bildet das Assessment der Body Awareness Scale (BAS), mit welchem funktionelle Leistungsfähigkeit und Aktivität evaluiert werden. Jede Behandlung ist somit individuell und es wird kein universelles Protokoll für alle Patientinnen und Patienten verwendet. Allerdings sind sich die Behandlungen ähnlich, da auf einen Katalog bestimmter Bewegungen zurückgegriffen wird. Die Ausgangsstellungen der Bewegungen werden an die Patientinnen und Patienten angepasst (Gyllensten et al., 2003; Hedlund und Gyllensten, 2010).

BBAT kann sowohl alleine als auch in einer Gruppe durchgeführt werden, zudem enthält die Therapie einige Partnerübungen. BBAT beinhaltet einfache Übungen in Ruhe und in Bewegung, welche im Sitzen, Liegen, Stehen oder Gehen durchgeführt werden. Der Schwerpunkt der Übungen liegt in der momentanen Erfahrung und in den Bewegungen sollen Leichtigkeit, Stabilität und Absicht erlebt werden. Es wird mit einer Vertiefung des Fundaments, der posturalen Stabilität, der Koordination und der Wahrnehmung vom Körper, dem Selbst und dem aktuellen Moment gearbeitet. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die dieses Konzept anwenden, fragen ihre Patientinnen und Patienten, wie sie ihren Körper und die Bewegungen wahrnehmen. Somit wird diese körperzentrierte Erfahrung als Mittel zur Reflektion durch die Patientinnen und Patienten verbalisiert und von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bestätigt. Folgendes sind die Ziele von BBAT:

- Das Erlangen einer positiveren Einstellung zum eigenen Körper
- Das Erreichen eines besseren Umgangs mit den eigenen Grenzen
- Das Erlernen/Wiedererlernen, der Nutzung eigener Ressourcen
- Die Verbesserung der Bewegungsqualität

(Gyllensten et al., 2003; Hedlund und Gyllensten, 2010; Hedlund und Gyllensten, 2013).

Die Anzahl der benötigten Therapiesitzungen ist abhängig von der Diagnose und der funktionellen Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten: Eine Person mit einer Depression kann bereits nach 12 Sitzungen eine signifikante Verbesserung der Symptome erleben, während Betroffene mit Schizophrenie 9 Monate und mehr Therapie benötigen (Gyllensten et al., 2003 zitiert nach Hedlund und Gyllensten, 2010, S. 253).

Zur Ausübung von BBAT wird ein grosszügiger, eher spärlich möblierter Raum empfohlen. Für Übungen im Sitzen wird ein Stuhl oder Meditationskissen benötigt, für Übungen im Liegen kann eine Matte verwendet werden. Es wird keine Musik verwendet, da der individuelle Rhythmus der Patientinnen und Patienten zentral ist und die Verbindung zwischen Atmung und Bewegung betont werden soll (Hedlund und Gyllensten, 2010).

## 2.6. Fazit

Wie aufgezeigt werden konnte, leiden Migrantinnen und Migranten mit Kriegs- und Foltererfahrung an einer Vielzahl physischer und psychischer Spätfolgen. Besonders im Hinblick auf das biopsychosoziale Krankheitsmodell (Kapitel 2.2.2.) ist nachvollziehbar, dass bei diesen Betroffenen die Gefahr der Chronifizierung der Beschwerden immens ist. Da die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Kapitel 2.1.5) körperliches, emotionales, mentales, soziales, spirituelles und verhaltensbezogenes Wohlbefinden vereint, ist auch ersichtlich, warum bei vielen der Betroffenen die Lebensqualität beeinträchtigt ist. Da es sich bei BBAT (Kapitel 2.5.2.) um eine ganzheitliche Methode mit dem Ziel einer Verbesserung der Bewegungsqualität, einer Verstärkung des Gefühls der Kontrolle und dem Kennenlernen der eigenen Grenzen handelt scheint dieses Konzept zur Behandlung der physischen und psychischen Traumata von Kriegs- und Folteropfern und zur Verbesserung ihrer Lebensqualität geeignet. Diese Hypothese wird im weiteren Verlauf der Arbeit an ausgewählten Studien untersucht.

### 3. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit beinhaltet einen Literaturreview über den Einfluss von BBAT auf physische und psychische Beschwerden sowie auf die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern. Dazu werden drei Studien, welche die obengenannte Thematik diskutieren, analysiert und deren Resultate kritisch beurteilt.

#### 3.1. Literaturrecherche

Damit die Fragestellung beantwortet und die Ziele dieser Arbeit erreicht werden können, wurde zuerst nach geeigneten Studien gesucht. Im Zeitraum von Januar bis Juni 2016 fand eine Literaturrecherche im Nebis-Katalog sowie in den gesundheitsspezifischen Datenbanken AMED, CINAHL, MEDLINE, und PsycINFO statt. Um relevante Treffer zu erhalten, wurde mit den in Tabelle 02 ersichtlichen Suchbegriffen – beziehungsweise der englischen Übersetzung – gesucht. Die Suchbegriffe wurden mit den Bool'schen-Operatoren AND und OR kombiniert. Des Weiteren wird in Studien zitierte Literatur verwendet.

Tabelle 02 – Keywords und verwendete Suchbegriffe

<b>Kernelemente</b>	<b>Suchbegriffe deutsch</b>	<b>Keywords english</b>
<b>Population</b>	Kriegs- und Folteropfer, gefolterte Flüchtlinge, traumatisierte Flüchtlinge	victim of war and torture, torture victim, torture survivor, tortured refugee, traumatised refugee
<b>Intervention</b>	BBAT, Physiotherapie	BBAT, physiotherapy, physical therapy
<b>Outcome</b>	(Einfluss auf) Lebensqualität, chronische Schmerzen, Schmerzen, PTBS	(influence on / effect on) life quality, quality of life, chronic pain, pain, PTSD

Die Studien werden in Abhängigkeit von Relevanz der Titel aussortiert. Konvergierende der Titel mit der Thematik wurde im Anschluss das Abstract gelesen und beurteilt. War der Inhalt des Abstracts passend zur Fragestellung, wurde die gesamte Studie gelesen und mittels untenstehender Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

### 3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Die in Tabelle 03 ersichtlichen Ein- und Ausschlusskriterien wurden zur Entscheidung, welche Studien für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind, verwendet.

Tabelle 03 – Ein- und Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterium	Einschlusskriterium	Begründung
Vor 2006 veröffentlichte Studie	Die Studien sind nicht älter als 10 Jahre	Es sollen ausschliesslich Erkenntnisse vom aktuellsten Stand der Forschung zur Beantwortung der Frage verwendet werden
Bei der Intervention handelt es sich nicht um BBAT (z.B.: Sporttherapie, Bewegungstherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie, Massagetherapie, Feldenkrais, Qigong und Taiji)	Bei der in den Studien verwendeten Interventionen/Methoden handelt es sich um BBAT	Somit soll eine Vergleichbarkeit der Studien gewährleistet werden und die Fragestellung kann angemessen beantwortet werden
Bei den Probanden handelt es sich um Kinder (bis 18 Jahre)	Bei den Probanden handelt es sich um erwachsene Männer und Frauen (über 18 Jahren)	Bei Kindern müssten in Bezug auf die physischen und psychischen Traumata durch Krieg und Folter noch weitere Aspekte berücksichtigt werden (wie beispielsweise die physische und psychische Entwicklung), was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde
Bei den Probanden handelt es sich um Opfer von Vergewaltigung, Naturkatastrophen und (nicht-kriegsbedingter) Gewalt	Bei den Probanden handelt es sich um Folteropfer und/oder Opfer von kriegsbedingter Gewalt	Ansonsten kann die Fragestellung nicht adäquat beantwortet werden
Bei den Probanden handelt es sich um Wirtschaftsflüchtlinge und Migranten aus Gebieten, die nicht von Krieg betroffen sind	Bei den Probanden handelt es sich um Flüchtlinge aus Kriegsgebieten und Regionen mit bewaffneten Konflikten	Ansonsten kann die Fragestellung nicht adäquat beantwortet werden

Drei Arbeiten wurden anhand dieses Vorganges für die Bearbeitung der Fragestellung ausgewählt. Bei jener von Nordbrandt, Carlsson, Lindberg, Sandahl und Mortensen (2015) handelte es sich jedoch um das Protokoll einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) ohne Ergebnisse. Diese waren auch auf Anfrage bei Nordbrandt et al. (2015) nicht erhältlich, da sie voraussichtlich erst 2018 erscheinen werden. Daher konnten die Autorin und der Autor nur die zwei verbleibenden Studien miteinbeziehen. Tabelle 04 zeigt eine Übersicht der gewählten Studien und der

entsprechenden Suchbegriffe. Das detaillierte Suchprotokoll befindet sich in Anhang A.

Tabelle 04 – Übersicht der gewählten Studien

Datenbank	Suchterminologie	Titel	Autoren	Jahr
<b>CINAHL</b>	Refugee* AND basic body awareness	<i>Refugee experiences of individual basic body awareness therapy and the level of transference into daily life. An interview study</i>	Madsen, Carlsson, Nordbrandt und Jensen	2016
<b>MEDLINE</b>	Refugee* AND basic body awareness	<i>“After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working.” – Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees</i>	Stade, Skammeritz, Hjortkjær und Carlsson	2015

### 3.3. Evaluationsinstrument

Die gewählten Studien werden zusammengefasst. Bei der Studie von Stade, Skammeritz, Hjortkjær und Carlsson (2015) handelt es sich um ein Mixed-Method Design wobei sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben werden. Aus diesem Grund wird die Studie sowohl mithilfe des Formulars zur kritischen Beurteilung quantitativer Studien von Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch, und Westmorland (1998) als auch des Beurteilungsformulars für qualitative Studien von Letts et al. (2007) bewertet. Bei der qualitativen Studie von Madsen, Carlsson, Nordbrandt und Jensen (2016) wird ausschliesslich das Formular zur Beurteilung qualitativer Studien von Letts et al. (2007) verwendet. Die oben erwähnten ausgefüllten Beurteilungsinstrumente sind zur Einsicht im Anhang B.

#### 4. Vorstellen der gewählten Studien

Nachfolgend werden die zwei gewählten Studien zusammengefasst und beschrieben. In Tabelle 05 werden zudem die wichtigsten Kernpunkte der kritischen Würdigung für qualitative Studien einander gegenübergestellt. Die ausgefüllten Bewertungsformulare zur kritischen Würdigung quantitativer und qualitativer Studien nach Letts et al. (1998; 2007) befinden sich in Anhang B.

Tabelle 05 – Gegenüberstellung der zwei gewählten Studien

Kernpunkte der kritischen Würdigung	Stade et al. (2015)	Madsen et al. (2016)
Ziel und Fragestellung	✓	✓
Theoretischer Hintergrund	✓	✓
Design	? (Mixed-Method)	✓ (Phänomenologisch)
Kongruenz mit philosophischer Haltung	–	? / –
Stichprobe	✓ (N=9)	✓ (N=3)
Sättigung	?	? / –
Datensammlung	✓	–
Datenanalyse	✓	✓
Glaubwürdigkeit	✓	✓
Übertragbarkeit	✓	✓
Zuverlässigkeit	✓	–
Nachvollziehbarkeit	✓	✓
Zitate der Befragten	✓	✓
Limitationen	✓	✓
✓ : gegeben/ausreichen beschrieben ? : nicht angegeben/unklar – : nicht gegeben/nicht ausreichend		

##### 4.1. Studie 1: Stade et al. (2015)

**Ziel:** Die Studie verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele: Zum Einen sollen Compliance, sowie Akzeptanz und Zufriedenheit von traumatisierten arabischen Flüchtlingen mit der Gruppen-BBAT-Therapie untersucht werden. Ausserdem zielen die Autorinnen und Autoren darauf ab, die Veränderungen der psychischen und physischen Symptome, der Lebensqualität, der Bewegungsqualität sowie des Niveaus der Funktionsfähigkeit während der Gruppen-BBAT-Therapie bei den Betroffenen zu ermitteln.

**Design:** Es handelt sich um eine Mixed-Method-Studie, wobei jedoch der qualitative Ansatz im Vordergrund steht. Welches qualitative Design verwendet wurde, ist jedoch nicht explizit beschrieben. Fragestellung und Methode lassen aber auf eine phänomenologische oder hermeneutische Studie schließen. Ergänzend dazu wurden anhand eines Vorher-Nachher-Designs mittels Fragebögen und einem Assessment quantitative Daten erhoben.

**Stichprobe:** Zwischen April 2008 und Juni 2009 wurden im Competence Centre for Transcultural Psychiatry (CTP) in Kopenhagen Teilnehmende für die Studie gesucht. Die Grafik in Abbildung 2 zeigt, wie aus den potentiellen 29 Probandinnen und Probanden die in der Studie verwendete Stichprobe gebildet wurde. Eine Auswahl der in der Studie genannten Merkmale der Probandinnen und Probanden ist ebenfalls in Abbildung 02 ersichtlich. Die bei der Rekrutierung verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 06 dargestellt.

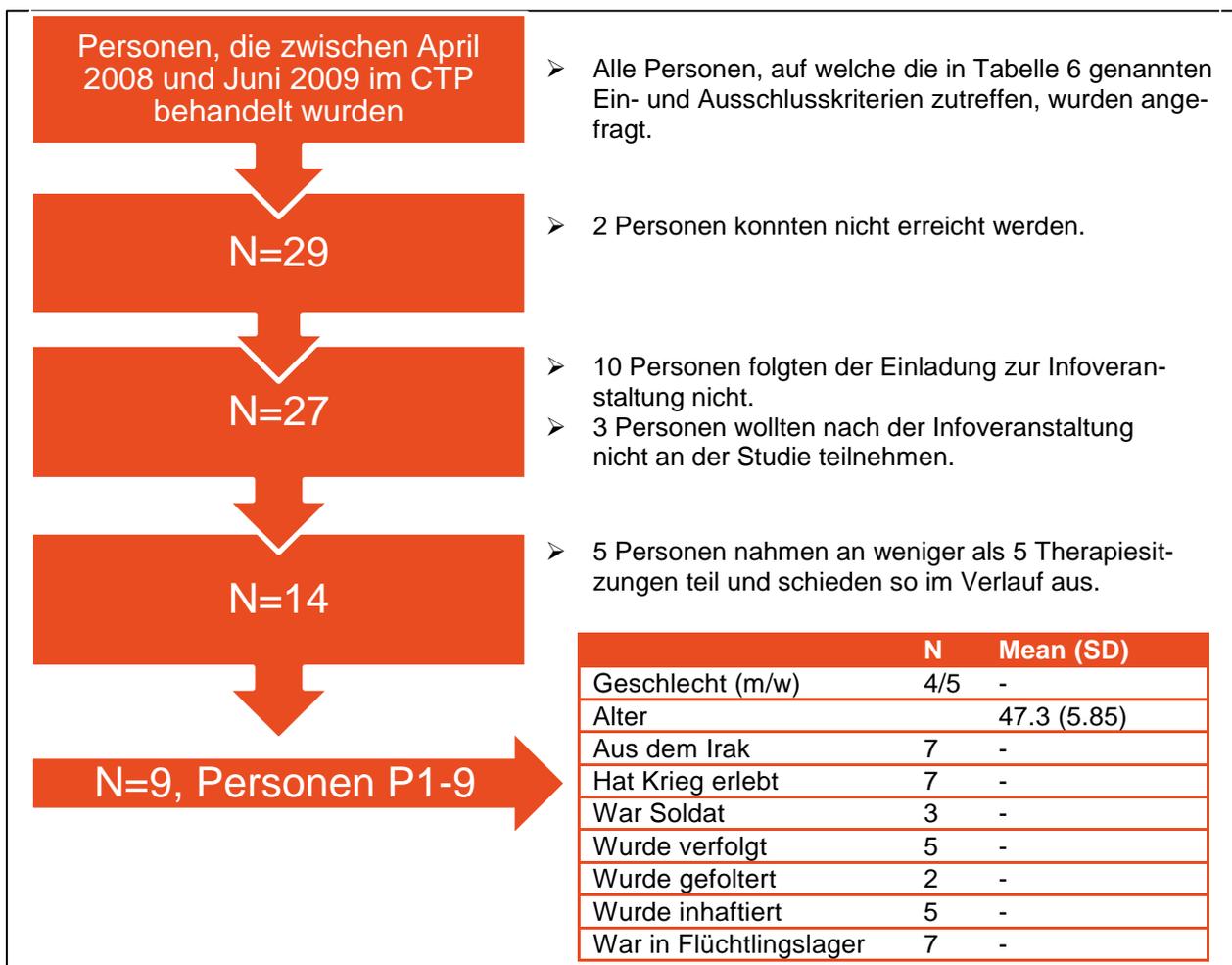


Abb. 02 – Grafische Darstellung des Auswahlverfahrens modifiziert nach Stade et al. (2015) (eigene Darstellung)

Tabelle 06 – Ein- und Ausschlusskriterien modifiziert nach Stade et al. (2015)

Einschlusskriterien:	Ausschlusskriterien:
Patientinnen und Patienten, die im CTP zwischen April 2008 und Juni 2009 behandelt wurden	Personen mit physischen Behinderungen, welche BBAT-Behandlung verunmöglichen
Arabisch sprechende Personen	Personen mit psychotischen Störungen
Patientinnen und Patienten, die über 18 Jahre alt sind	Personen mit Drogen- und/oder Alkohol-Abusus
Flüchtlinge mit traumatisch bedingten gesundheitlichen Problemen	

**Vorgehen:** Die Probandinnen und Probanden konnten während 14 Wochen an 14 Gruppen-BBAT-Sitzungen im CTP teilnehmen. Die Therapie fand in zwei nach Geschlechtern getrennten Gruppen statt. Die Therapieeinheiten dauerten 90 Minuten und folgten jeweils einem Manual. Zudem war stets eine Übersetzerin oder ein Übersetzer zugegen. Mit jeder Person wurde jeweils vor und nach den 14 Therapiesitzungen ein semi-strukturiertes Interview anhand eines Fragekatalogs durchgeführt. Daraus ergaben sich insgesamt 18 Interviews.

Zusätzlich wurde vor und nach der Intervention der Body Awareness Rating Scale-Movement Harmony (BARS-MH) erhoben und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer füllten ebenfalls vor und nach der Intervention folgende Fragebögen aus: Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), WHO-5, Hopkins Symptom Check List (HSCL-25), Sheehan Disability Scale (SDS) sowie die Visual Analogue Scale (VAS) jeweils für Nacken/Rücken, Arme, Beine und Kopf. Zuletzt füllten die Probandinnen und Probanden nach der Intervention einen Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung aus.

**Datenanalyse:** Die Interviews wurden transkribiert und es wurden Feldnotizen bezüglich der nonverbalen Kommunikation geführt. Mittels offener Kodierung wurden die erhobenen Daten von zwei Autorinnen unabhängig voneinander kodiert und die Resultate anschliessend verglichen. Aus den Codes wurden darauf in mehreren Schritten die in Tabelle 07 dargestellten fünf Hauptthemen und Unterthemen gewonnen. Die quantitativen Daten wurden mittels t-Test analysiert.

Tabelle 07 – Darstellung der Hauptthemen und Unterthemen modifiziert nach Stade et al. (2015)

Hauptthemen	Unterthemen
1. Gründe für die Teilnahme an der Studie	a. Symptome b. Frühere Erfahrungen c. Ärztlicher Rat d. Coping
2. Frühere Körper-Erfahrungen	a. Physiotherapie b. Verhältnis zum eigenen Körper c. Physische Aktivität
3. Zufriedenheit mit der Therapie	a. Gruppe b. Geschlechtertrennung c. Übersetzerinnen und Übersetzer d. Zeit e. Übungen
4. Erfahrung von Effekten auf Körper und Geist	a. Physisch b. Psychisch c. Körperwahrnehmung
5. Persönliche Hürden	a. Transport b. Familie c. Symptome d. Andere Verpflichtungen

Tabelle 08 – Darstellung der Resultate modifiziert nach Stade et al. (2015)

Hauptthemen	Unterthemen	Ergebnisse
<b>Gründe für die Teilnahme an der Studie</b>	Symptome	Die Symptome waren der wichtigste genannte Grund. Acht der Befragten nannten physische Symptome als Hauptgrund für die Teilnahme. Vier sahen eine Verbesserung der psychischen Symptome als logische Konsequenz einer Verbesserung der körperlichen Beschwerden.
	Coping	Einige der Befragten gaben an, dass sie lernen wollten, mit den Schmerzen umzugehen und diese zu verstehen.
	Verhältnis zum eigenen Körper	Drei gaben an, ihres Körpers müde zu sein, wobei Übergewicht und Schmerzen eine entscheidende Rolle spielten. Mindestens eine Person sprach in einem positiveren Ton vom eigenen Körper.
	Physische Aktivität	Alle gaben an, im Alltag physisch aktiv zu sein (entweder durch physiotherapeutische Übungen, Fitness oder Spaziergänge). Drei gaben zudem an, dass sie gerne körperlich noch aktiver wären, nannten aber Müdigkeit und Schmerz als limitierende Faktoren.
<b>Erfahrung von Effekten auf Körper und Geist</b>	Physisch	Fünf Probandinnen und Probanden hatten entweder eine Reduktion der Schmerzen erlebt oder gaben an, gelernt zu haben, wie sie mit den Schmerzen umgehen können.
	Psychisch	Die Befragten hatten Mühe, Veränderungen in der psychischen Gesundheit zu identifizieren. Drei gaben aber eine Verbesserung der psychischen Symptome an und zwei fühlten sich glücklicher nach der Therapie.
	Körperwahrnehmung	Sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten im Anschluss an die Intervention eine verbesserte Körperwahrnehmung.
<b>Persönliche Hürden</b>	Transport	Für zwei Teilnehmerinnen und Teilnehmer war die Finanzierung des Transportes ein Hindernis. Zwei Weitere hatten aufgrund von mnestischen Beschwerden Schwierigkeiten mit der Benützung des öffentlichen Verkehrs.
	Symptome	Vor der Intervention nannten sechs und nach der Intervention acht

der Befragten Schmerzen als Hindernis für die Teilnahme an der Therapie.

**Resultate:** Die qualitativen Resultate aus den semi-strukturierten Interviews werden in Tabelle 08 dargestellt. Es werden hierbei ausschliesslich die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Ergebnisse, welche sich auf physische und psychische Beschwerden sowie die Lebensqualität beziehen, dargestellt. Der BARS-MH konnte im Mean von 2.59 auf 3.84 verbessert werden und zeigte somit einen statistisch signifikanten Unterschied (P-Wert: 0.1%). Die mittels Fragebögen vor und nach der Intervention erhobenen Werte zeigten ebenfalls eine Verbesserung, wobei hier die Unterschiede jedoch grösstenteils nicht signifikant waren.

**Limitationen:** Es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der kleinen Stichprobe die quantitativ erhobenen Verbesserungen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Aufgrund des Designs der Studie kann nicht determiniert werden, ob BBAT spezifisch zu einer Verbesserung der Symptome geführt hat. Auch wird darauf hingewiesen, dass die quantitativen Messinstrumente in einem kulturellen Kontext entworfen wurden, welcher dem der Probandinnen und Probanden nicht entspricht. Die externe Validität ist somit limitiert und daher können Resultate bezüglich PTBS, Angst und Depression nicht generalisiert werden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, im Alltag physisch aktiv zu sein. Dies widerspricht jedoch der Erfahrung der Autorinnen und Autoren aus der Klinik. Stade et al. (2015) weisen darauf hin, dass es sich bei den Befragten um ehemalige Patientinnen und Patienten aus dem CTP handelt. Möglicherweise neigen Personen, die physisch aktiv sind auch eher dazu, an der Studie teilzunehmen, wodurch eine Bias in der Selektion entstehen könnte.

Als weitere Limitationen werden Unterschiede in der Erfahrung mit BBAT bei den behandelnden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie ein Mangel an Follow-Up Daten genannt.

**Kritische Würdigung:** Das Ziel sowie der theoretische Hintergrund der Studie sind klar und nachvollziehbar beschrieben und die Autorinnen und Autoren können, was

den zu untersuchenden Gegenstand betrifft, eine Lücke in der Literatur aufzeigen. Es handelt sich um ein Mixed-Method Design, wobei jedoch der qualitative Zugang im Vordergrund steht. Um welches qualitative Design es sich dabei handelt, ist allerdings unklar und auch die philosophische Haltung von Stade et al. (2015) wird nicht beschrieben – somit kann keine Aussage darüber gemacht werden, ob die Datenanalyse mit der zugrundeliegenden philosophischen Perspektive kongruent ist.

Für die Beantwortung der qualitativen Fragestellung ist die Stichprobengröße ausreichend, jedoch nicht für die quantitativ erhobenen Daten. Der Prozess des Samplings und der Rekrutierung wird ausreichend geschildert und die Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt. Auch die Beschreibung der Teilnehmenden ist hinreichend und das Sample bedingt heterogen. Jedoch entsteht bei der Selektion eine Bias, welche die Autorinnen und Autoren unter Limitationen beschreiben. Zudem fehlen Angaben dazu, ob eine Sättigung erreicht wurde.

Die Beschreibung der Datensammlung reicht aus, um den Prozess nachzuvollziehen. Jedoch werden die bisherigen Erfahrungen der Autorinnen und Autoren mit qualitativen Interviewstudien in keiner Weise erwähnt. Ob die Analysemethode passend zum Design ist, kann nicht mit Bestimmtheit beantwortet werden, da wie oben beschrieben Angaben zum Design und der philosophischen Perspektive fehlen. Die verwendete Methode ist jedoch gängig in der qualitativen Forschung. Ansonsten wird der qualitative Analyseprozess nachvollziehbar erläutert und das gewählte Vorgehen wird begründet. Bezüglich der Analyse der quantitativen Daten wird einzig erwähnt, dass ein t-Test durchgeführt wurde, wobei dieser jedoch bei einer derart kleinen Stichprobe nicht angebracht ist. Ein Signifikanzniveau wird nicht angegeben.

**Fazit:** Trotz der oben genannten Mängel sind Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Nachvollziehbarkeit gegeben. Durch die Zitate der Teilnehmenden in der Studie ist die Aussagekraft sehr hoch. Für die vorliegende Arbeit sind die Ergebnisse daher relevant und auch der Inhalt der Studie entspricht den

Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Arbeit.

#### **4.2. Studie 2: Madsen et al. (2016)**

**Ziel:** Die Studie hat zum Ziel, zu eruieren, wie traumatisierte Flüchtlinge die Behandlung mit individueller BBAT erleben und inwiefern sie die Effekte der Therapie in ihren Alltag integrieren können.

**Design:** Es handelt sich um eine qualitative Interviewstudie mit phänomenologischer und hermeneutischer Vorgehensweise, um die Erfahrungen und Auffassungen der Teilnehmenden zu erkunden.

**Stichprobe:** Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden unter den 338 Probandinnen und Probanden aus der in Kapitel 3 erwähnten Studie von Nordbrandt et al. (2015) anhand der in Abbildung 03 ersichtlichen Kriterien ausgewählt. Die Grafik in Abbildung 03 zeigt ausserdem, wie am Ende unter den Probanden aus dem RCT von Nordbrandt et al. (2015) die 3 Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Interview in der Studie von Madsen et al. (2016) gewählt wurden.

**Vorgehen:** Alle drei Interviews wurden im November 2014 durchgeführt und aufgezeichnet. In den Interviews wurden offene Fragen gestellt. Während der gesamten Interviews wurden Kontrollfragen gestellt, um einzelne Bezeichnungen und Begriffe zu verifizieren. Um die Ergebnisse nicht zu beeinflussen, wurden laut den Autorinnen und Autoren die vorbestehenden Auffassungen offengelegt – genauere Angaben dazu fehlen jedoch. Als Methode wurde das semi-strukturierte Interview gewählt. Zudem wurde die Studie in Kollaboration mit dem RCT von Nordbrandt et al. (2015) durchgeführt.

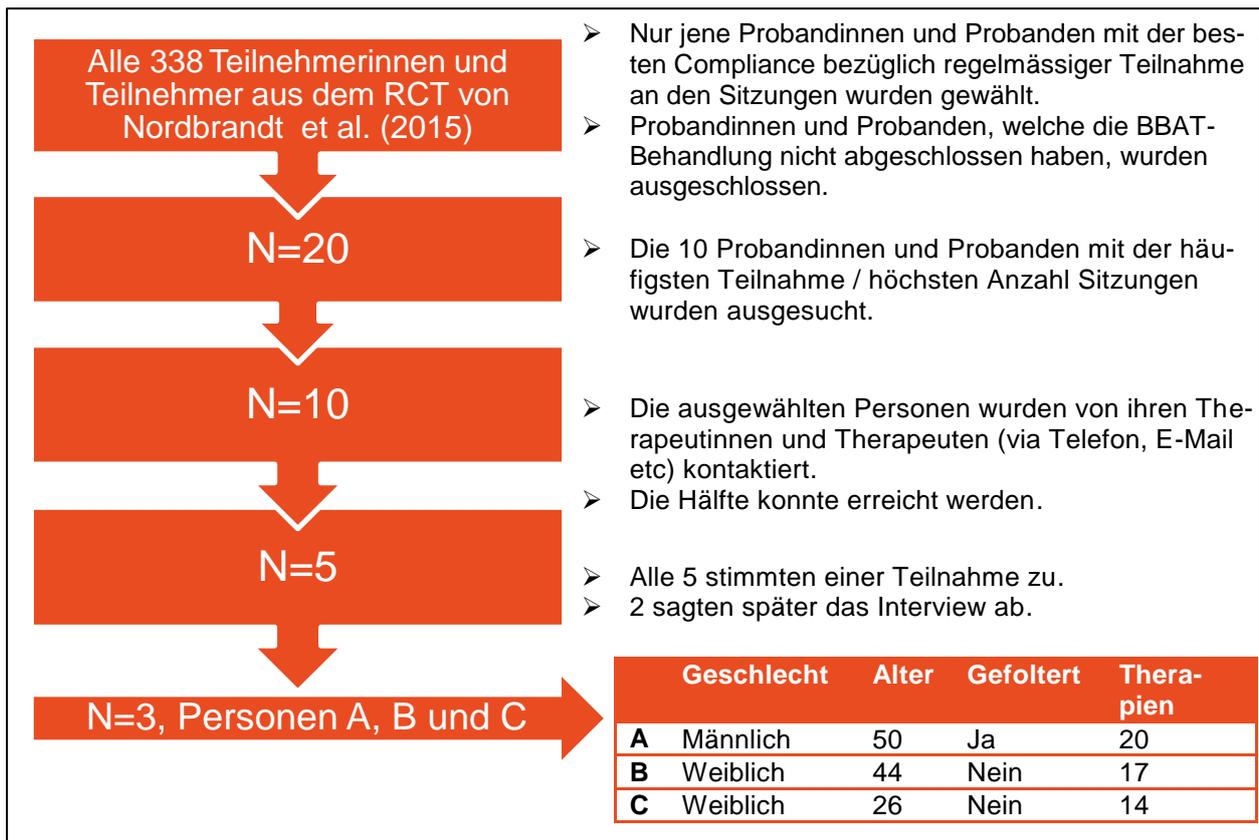


Abb. 03 – Grafische Darstellung des Auswahlverfahrens modifiziert nach Madsen et al. (2016) (eigene Darstellung)

Tabelle 09 – Darstellung der Hauptthemen und Unterthemen modifiziert Madsen et al. (2016)

Hauptthemen	Unterthemen
1. Symptome	a. Schmerz und Spannung b. Gedanken und Emotionen c. Schlaf
1. Verhalten	a. Coping Strategien b. Beziehungen
2. Die Rolle des Physiotherapeuten / der Physiotherapeutin (PT)	a. Instruktionen und Bewegungen des / der PT b. Annäherung des PT
3. Übungen	a. Einfache Bewegungen b. Geräusche c. Körperwahrnehmung d. Häufigkeit

**Datenanalyse:** Die Interviews wurden vollständig transkribiert. Inkorrektes Dänisch wurde durch die Autorinnen und Autoren korrigiert. Anschliessend wurde Giorgis (2009) phänomenologische vierstufige Analyse – modifiziert durch Malterud (2013) – verwendet. Diese Methode wurde gewählt, weil sie einerseits strukturiert und andererseits auf den erhobenen Daten (und nicht auf dem theoretischen Hintergrund) basiert. In Zusammenarbeit mit einem externen Physiotherapeuten wurden die in Tabelle 09 gezeigten vier Haupt- und elf Unterthemen herausgearbeitet.

**Resultate:** Es werden ausschliesslich die gewonnenen Resultate zu den im Rahmen dieser Arbeit relevanten Hauptthemen „Symptome“ und „Verhalten“ sowie deren Unterkategorien zusammengefasst und in Tabelle 10 präsentiert.

Tabelle 10 – Darstellung der Resultate modifiziert nach Madsen et al. (2016)

Hauptthemen	Unterthemen	Ergebnisse
<b>Symptome</b>	Schmerz und Spannung	Alle berichteten von einer Reduktion der Schmerzen und Muskelspannungen durch BBAT. Alle nannten individuell spezifische Übungen, welche den besten Effekt in Bezug auf Schmerzen und Verspannung haben. Alle gaben an, während der „Dropsy massage“ tief entspannt zu sein.
	Gedanken und Emotionen	Alle drei berichteten, wie BBAT ihre emotionale und gedankliche Welt beeinflusst. Im Besonderen wurde die Übung „Contact with the Ground“ genannt, welche half, die Achtsamkeit von beunruhigenden Gedanken wegzulenken und sich auf den Moment zu konzentrieren. Sie gaben an, die Übung anzuwenden, wenn sie sich von negativen Gedanken überwältigt fühlten.
	Schlaf	Alle drei gaben an, BBAT helfe ihnen, besser einzuschlafen. Als besonders hilfreich beschrieben wurden Übungen in der Rückenlage.
<b>Verhalten</b>	Coping Strategien	Alle drei hatten gelernt, als Coping Strategie in Stresssituationen und emotionalen Ausbrüchen auf die Atmung zu achten und einzelne Übungen anzuwenden.
	Beziehungen	Die Teilnehmerinnen B und C sagten aus, dass sich durch BBAT ihre Beziehung zu sich selbst und anderen verbessert habe. B beschrieb, wie sich ihre ganze Persönlichkeit verändert hatte und C meinte, sie würde sich weniger isolieren und sei anderen gegenüber offener geworden.

**Limitationen:** Für zwei der drei Interviews war ein Dolmetscher oder eine Dolmetscherin zugegen. Die Autoren geben zu bedenken, dass dennoch die Gefahr von verbalen und nonverbalen Missverständnissen bestand. Besonders beim Interviewen traumatisierter Flüchtlinge bestünde das Risiko, dass sie sich wie in einem Verhör fühlen könnten.

**Kritische Würdigung:** Ziel und Fragestellung der Studie werden adäquat beschrieben. Der aktuelle Forschungsstand, der Bedarf für diese Studie sowie die Hypothese der Autorinnen und Autoren sind ausreichend mit Literatur hinterlegt. Der gewählte phänomenologische Zugang und die Methode sind passend zur Fragestellung. Einzig die philosophische Perspektive der Autorinnen und Autoren wird nicht explizit beschrieben.

Die Stichprobengrösse ist mit zwei Probandinnen und einem Probanden eher gering. Ob eine Sättigung erreicht wurde, wird nicht erwähnt – der Rekrutierungsprozess und die Stichprobengrösse lassen aber darauf schliessen, dass dem nicht so ist. Die wichtigsten Schlüsselinformationen zu den Teilnehmenden werden tabellarisch dargestellt. Allerdings sind die Angaben knapp und es fehlen wichtige Daten, beispielsweise bezüglich der Herkunft der Personen. Im Allgemeinen erscheint das Sample sehr homogen. Anhand von grösseren Gegensätzen könnten allgemeingültigere Aussagen abgeleitet werden.

Bezüglich der Datensammlung fehlen Angaben zum Ort und Setting. Auch werden keine Angaben bezüglich Referenzen und Erfahrungen der Autorinnen und Autoren in Bezug auf andere qualitative Studien gemacht. Ebenso werden vorbestehende Annahmen und Voreingenommenheiten der Autorinnen und Autoren nicht beschrieben. Es wird nicht genauer erläutert, wie die Autorinnen und Autoren die Themen aus den Daten entwickelten. Die Analysemethode wird zwar genannt, doch die Beschreibung der konkreten Umsetzung fehlt. Das Vorgehen in Datensammlung und Datenanalyse wird grundsätzlich beschrieben, jedoch nicht reflektiert.

**Fazit:** Durch die Forschertriangulation ist die Glaubwürdigkeit gegeben. Auch die Zuverlässigkeit und Nachvollziehbarkeit wurden unter anderem durch das Peer-Review erreicht. Einzig die Übertragbarkeit ist aufgrund der mangelnden Angaben zu Sample und Setting nicht gegeben. Dennoch sind die Ergebnisse für die vorliegende Arbeit relevant, wenn auch nicht ausreichend.

## 5. Diskussion

Im Folgenden soll anhand der Studienresultate und der Erkenntnisse aus der Forschung die für diese Arbeit gewählte Forschungsfrage beantwortet werden:

*Welchen Einfluss hat Basic Body Awareness Therapy (BBAT) auf physische und psychische Beschwerden sowie auf die Lebensqualität von Kriegs- und Folteropfern?*

Um den Vergleich der Studienresultate zu erleichtern, werden die Studien anhand der drei Kategorien aus der Forschungsfrage diskutiert, sprich: *physische Beschwerden*, *psychische Beschwerden* und *Lebensqualität*. In den qualitativen Datenanalysen von Madsen et al. (2016) und Stade et al. (2015) werden jeweils unterschiedliche Unterthemen erarbeitet, welche ebenfalls Bestandteile dieser drei Kategorien sind. Bei den genannten Kategorien handelt es sich um sehr umfassende Gebiete, weshalb es sinnvoll ist, diese weiter zu unterteilen. Für die nachfolgende Diskussion werden dementsprechend die in Tabelle 11 aufgelisteten Unterthemen erstellt.

Tabelle 11: Darstellung der Hauptthemen und Unterthemen für die Diskussion der Ergebnisse

Hauptthemen	Unterthemen
<b>1. Physische Beschwerden</b>	a. Schmerz und Spannung b. Bewegungsqualität und Körperwahrnehmung
<b>2. Psychische Beschwerden</b>	a. Emotionale Überforderung und psychische Gesundheit im Allgemeinen b. PTBS, Depression und Angststörungen
<b>3. Lebensqualität</b>	a. Schlaf b. Coping Strategien c. Beziehungen und soziale Interaktion

Diesen Unterthemen wird jeweils ein Kapitel zugewiesen, in welchem die entsprechenden Resultate der zwei Hauptstudien verglichen werden. Detailliertere Gründe für die gewählte Unterteilung werden nachfolgend dargelegt.

## 5.1. Physische Beschwerden

Beide Aspekte – *Spannungen und Schmerzen* sowie *Bewegungsqualität und Körperwahrnehmung* – sind Teil der physischen Symptome. Daher werden im Folgenden die Resultate der Studien in diesen zwei Bereichen als stellvertretend für den Einfluss von BBAT auf physische Beschwerden betrachtet. Zunächst wird einleitend die Wahl der oben genannten Unterthemen begründet:

*Spannungen und Schmerzen:* Bereits in Kapitel 2.3.3. werden Schmerzen (insbesondere chronische Schmerzen) als Spätfolgen von Folter und Trauma beschrieben. In der Studie von Madsen et al. (2016) wird während der Datenanalyse das Unterthema „Spannungen und Schmerzen“ gebildet. Stade et al. (2015) nennen unter dem Thema „Gründe für die Teilnahme“ Schmerzen und andere physische Symptome. Zudem werden durch Stade et al. (2015) quantitative Daten bezüglich der Schmerzen der Probandinnen und Probanden vor und nach den Therapiesequenzen erhoben.

*Bewegungsqualität und Körperwahrnehmung:* Dass Opfer von Folter und Miss-handlung eine reduzierte Körperwahrnehmung aufweisen können, wurde bereits in Kapitel 2.5.1. erwähnt. Wie zudem in Kapitel 2.5.2. dargestellt, ist die Verbesserung der Bewegungsqualität mitunter eines der Ziele von BBAT. In ihrer Studie haben Stade et al. (2015) die Bewegungsqualität mittels BARS-MH vor und nach der Intervention gemessen. Bei Madsen et al. (2016) hingegen kommt die Körperwahrnehmung als Unterthema der Kategorie „Übungen“ vor.

### 5.1.1. Spannungen und Schmerzen

Wie bereits erwähnt, legen Madsen et al. (2016) unter „Spannungen und Schmerzen“ dar, dass alle drei Probandinnen und Probanden durch BBAT eine Reduktion der Schmerzen und Muskelspannung erfuhren. In der Studie werden die einzelnen Übungen genannt, von denen die Betroffenen in Bezug auf Schmerzen und Ver-

spannung am meisten profitiert hatten. Dabei handelt es sich um vier unterschiedliche Übungen („Stretching like a Star“, „Turning Around the Vertical Axis“, „Symmetrical Stretching“ und Gleichgewichtsübungen). Ausserdem erwähnen Madsen et al. (2016), dass alle drei Testpersonen angeben, während der „Dropsy massage“ tief entspannt zu sein. Daraus kann geschlossen werden, dass die genannten Übungen einen positiven Einfluss auf Spannungen und Schmerzen haben. Da alle Betroffenen unterschiedliche Übungen nennen, können die Autorin und der Autor an dieser Stelle keine der Übungen priorisieren. Einzig die „Dropsy massage“ scheint bei allen Probandinnen und Probanden gleichermassen einen positiven Effekt zu erzielen.

In der Studie von Stade et al. (2015) nennen acht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer physische Symptome mitunter als Grund für die Teilnahme an der Studie und somit an der Therapie. Es wird jedoch nicht weiter darauf eingegangen, um welche Symptome es sich handelt und ob sich diese durch BBAT veränderten. Somit können die Autorin und der Autor anhand dieser Daten keine relevante Antwort auf die Forschungsfrage herleiten.

Die vor und nach der Intervention durchgeführten Fragebögen, welche unter anderem Schmerzen abdecken, zeigen zwar eine Verbesserung – allerdings sind einzig die Unterschiede der VAS in den Armen statistisch signifikant (P-Wert: 4.8%). Die quantitativen Ergebnisse von Stade et al. (2015) sind jedoch nur zum Teil relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage, da sie aufgrund der kleinen Stichprobe mit Vorsicht betrachtet werden müssen.

Gard (2005) kommt in seiner Untersuchung bezüglich der Auswirkung von BBAT auf Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen und Fibromyalgie zu einem ähnlichen Fazit. Er schreibt, dass die aktuelle Studienlage darauf hindeutet, dass BBAT einen positiven Einfluss auf Schmerzen hat, aber dass der Gegenstand noch weiter untersucht werden müsse. Seferiadis, Ohlin, Billhult und Gunnarsson (2016) haben in einem RCT die Auswirkung von BBAT mit der herkömmlichen Therapie von Patientinnen und Patienten mit Schleudertrauma verglichen und kommen

zum Schluss, dass durch BBAT eine grössere Verbesserung erzielt werden konnte. Ansonsten können aktuell keine weiteren Studien in Deutsch, Englisch oder Französisch gefunden werden, welche die Auswirkung von BBAT auf Schmerzen untersucht haben.

### 5.1.2. Bewegungsqualität und Körperwahrnehmung

Madsen et al. (2016) beschreiben, dass alle Befragten von einem Gefühl der Entspannung und Ruhe berichten und eigene Erfahrungen der Körperwahrnehmung beschreiben. Diese Erfahrungen werden von einer Probandin als eine willkommene Abwechslung vom täglichen Gefühl der Schwere und Müdigkeit des Körpers aufgrund der Fibromyalgie beschrieben. Die Autorin und der Autor schliessen daraus, dass BBAT zu einer Verbesserung der Körperwahrnehmung führen kann.

Die qualitativen Interviews von Stade et al. (2015) ergeben, dass es den meisten Testpersonen schwer fällt, über ihre Körperwahrnehmung zu sprechen. Es wird jedoch nicht diskutiert, ob dies an sprachlichen und/oder kulturellen Differenzen gelegen haben könnte. Drei der Befragten geben an, ihres Körpers müde zu sein, während andere (Anzahl unbekannt) in einem positiveren Ton über ihren Körper sprechen. Der Score im BARS-MH zeigt nach der Intervention jedoch eine signifikante Veränderung. Skjaerven, Gard, Sundal und Strand (2015) haben die Reliabilität und Validität des BARS untersucht und sind zum Schluss gekommen, dass das Assessment durch eine hohe Reliabilität sowie eine geringe Anfälligkeit für Messfehler überzeugt. Sie liefern die Evidenz, dass mit dem BARS wichtige Informationen über Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Bewältigungsstrategien gemessen werden können. Der von Stade et al. (2015) verwendete BARS-MH ist ein Teil des BARS und misst die Bewegungsqualität. Somit kommen Stade et al. (2015) zum Schluss, dass sich die Bewegungsqualität durch BBAT verbessert hat. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit mehreren anderen Studien zur BBAT (Johnsen und Raheim, 2010; Gyllensten, Hansson und Ekdahl, 2003). Aufgrund der oben genannten statistischen Analysefehler muss aber auch dieses Resultat zurückhaltend betrachtet werden. Die Autorin und der Autor sehen die dargestellten Ergebnisse dennoch als

Indiz, dass sich die Bewegungsqualität von Kriegs- und Folteropfern durch BBAT verbessern lässt.

## 5.2. Psychische Beschwerden

Die psychischen Spätfolgen von Folter wurden in Kapitel 2.3.4. bereits eingehend beschrieben. In beiden Studien werden auch die psychischen Beschwerden und die Veränderung derer durch BBAT thematisiert und erfragt. Die Wahl der Unterthemen – anhand derer die Ergebnisse diskutiert werden – wird wie folgt begründet:

*Emotionale Überforderung und psychische Gesundheit im Allgemeinen:* Madsen et al. (2016) stellen in der Unterkategorie Gedanken und Emotionen die Veränderungen der emotionalen Gefühlslage der Befragten generell dar. Hierbei wird jedoch nicht auf einzelne psychische Krankheitsbilder wie PTBS oder Depression eingegangen. Auch Stade et al. (2015) erfragen in den Interviews eine Veränderungen in der psychischen Gesundheit.

*PTBS, Depression und Angststörungen:* Stade et al. (2015) verwenden vor und nach der Intervention Fragebögen, welche darauf abzielen, die psychischen Beschwerden in Bezug auf spezifische psychologische Diagnosen zu erfragen. Der HTQ ist eine Checkliste, welche sich mit traumatischen Ereignissen und emotionalen Symptomen befasst, wobei sich die ersten 16 Fragen auf die Kriterien für PTBS beziehen. Der HLSC-25 verfügt über ein ähnliches Design und misst Symptome von Angststörungen und Depressionen. Der WHO-5 erfasst das Wohlbefinden, wobei ein Wert unter 13 auf eine mögliche Depression hinweisen kann. Bei Madsen et al. (2016) wird in der Kategorie Coping Strategien am Rande auf Angststörungen und Wut eingegangen.

### 5.2.1. Emotionale Überforderung und psychische Gesundheit im Allgemeinen

Die von Stade et al. (2015) Befragten hatten Mühe, Veränderungen in der psychischen Gesundheit zu identifizieren. Aus Sicht der Autorin und des Autors muss beachtet werden, dass es sich bei den Befragten ausschliesslich um Personen aus einem anderen kulturellen Kontext handelt, was den Umgang mit und das Verständnis von psychologischen Diagnosen und Symptomen beeinträchtigen kann – wie in Kapitel 2.4. bereits angedeutet. Drei der Probandinnen und Probanden geben aber eine Verbesserung der psychischen Symptome an und zwei weitere fühlen sich glücklicher nach der Therapie.

Alle der von Madsen et al. (2016) Befragten berichten, wie BBAT ihre emotionale und gedankliche Welt beeinflusst. Sie geben an, die Übung „Contact with the Ground“ durchzuführen, um ihre Achtsamkeit auf den Moment zu lenken, wenn sie sich von negativen Gedanken überwältigt fühlen. Eine ähnliche Thematik wird unter Coping Strategien im Kapitel 5.3.2. nochmals erläutert, wo beschrieben wird, dass einzelne Übungen den Befragten in stressigen Situationen und bei emotionalen Ausbrüchen helfen.

Trotz des Mangels an statistisch signifikanten Daten schliessen die Autorin und der Autor aus den qualitativen Ergebnissen, dass BBAT zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen führen kann.

### 5.2.2. PTBS, Depression und Angststörungen

Stade et al. (2015) stellen die Ergebnisse der Fragebögen HTQ, HLSC-25 und WHO-5 vor und nach der Intervention dar. Beim HLSC-25 werden ausserdem nebst den Gesamtwerten (HLSC-25 total) auch die Ergebnisse der Subkategorien HLSC anxiety und HLSC depression aufgeführt. In den ermittelten Daten zeigt sich eine Verbesserung der Werte – welche allerdings nicht alle statistisch signifikant sind. Einzig beim HLSC-25 total (P-Wert: 4.7%) sowie beim HLSC depression (P-Wert:

1.4%) kann eine Signifikanz verzeichnet werden. Somit scheint sich zumindest bezüglich Depression eine Verbesserung abzuzeichnen – wobei aber auch hier wieder das oben genannte Problem der zu kleinen Stichprobe zum Tragen kommt.

Zu beachten ist aus Sicht der Autorin und des Autors, dass eine arabische Version des HLSC-25 existiert. Somit ist hier die Gefahr von Übersetzungsfehlern und kulturell bedingten Missverständnissen reduziert, was die Aussagekraft der Werte untermauert. Der HLSC-25 gilt als Goldstandard zur Untersuchung von Angststörungen und Depression im transkulturellen Setting (Mollica, Wyshak, de Marneffe, Khuon und Lavelle, 1987; Mollica, Lopes Cardozo, Osofsky, Raphael, Ager und Salama 2004). Ventevogel et al. (2007) haben die Validität des HLSC-25 im afghanischen Kontext untersucht und sind jedoch zum Schluss gekommen, dass das Assessment nur begrenzt nützlich ist, um mentale Erkrankungen in der afghanischen Bevölkerung zu untersuchen. Unklar ist dabei allerdings, ob dieses Fazit auch auf Menschen aus anderen muslimischen Ländern übertragen werden kann.

Die Ergebnisse deuten für die Autorin und den Autoren dennoch darauf hin, dass BBAT eine sinnvolle Unterstützung bei Depression sein kann – auch wenn dies nicht abschliessend bestätigt werden kann. Zu einem ähnlichen Schluss kommen Danielsson, Papoulias, Petersson, Carlsson und Waern (2014). In einer Studie haben sie BBAT als Zusatzbehandlung mit herkömmlichen Übungen zur Behandlung von Depression verglichen. Ihre Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass BBAT zukünftig eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Depression spielen könnte. Sie weisen aber ebenfalls darauf hin, dass es auch hier noch weiterer Untersuchungen bedarf.

### **5.3. Lebensqualität**

Die Lebensqualität wurde bereits in Kapitel 2.1.5. definiert. Dort wird in Anlehnung an Patrick und Erickson (1993) die gesundheitsbezogene Lebensqualität in vier Elemente unterteilt. Die ersten zwei Punkte davon (krankheitsbedingte körperliche

Beschwerden und die psychische Verfassung) decken sich mit den oben besprochenen Kategorien der physischen und psychischen Beschwerden. Die weiteren Unterthemen wurden wie folgt gewählt:

*Schlaf:* Da die Schlafqualität ebenso von psychischen wie physischen Symptomen abhängig sein kann und mit allen vier Elementen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert wird (Strine und Chapman, 2004), werden an dieser Stelle die Ergebnisse bezüglich *Schlaf* besprochen.

*Coping Strategien:* Punkt drei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Patrick und Erickson (1993) bilden funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen. Wie die Betroffenen mit Einschränkungen im täglichen Leben in den Bereichen Beruf und Freizeit umgehen, wird daher unter dem Aspekt *Coping Strategien* besprochen, da diese in beiden beschriebenen Studien thematisiert werden.

*Beziehungen und soziale Interaktionen:* Zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Interaktionen bilden den vierten Punkt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Patrick und Erickson (1993). Bei Madsen et al. (2016) bilden *Beziehungen und soziale Interaktionen* ein Unterthema des Verhaltens, während Stade et al. (2015) die Thematik nur am Rande in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Gruppentherapie besprechen.

### 5.3.1. Schlaf

Alle drei von Madsen et al. (2016) befragten Personen leiden an Beschwerden in Bezug auf Schlaf. Sie geben jedoch an, spezifische BBAT-Übungen abends im Bett durchzuführen, um besser einschlafen zu können. Als besonders hilfreich werden Übungen in der Rückenlage beschrieben. Insbesondere wird hier erneut die Übung „Contact with the Ground“ genannt. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass vor allem die bereits weiter oben genannte Übung „Contact with the Ground“ einen positiven Einfluss auf die Schlafqualität und die Lebensqualität der Betroffene

nen hat. Ähnliche Resultate in Bezug auf Schlaf erhielten bereits Gyllensten, Hansson und Ekhdal (2003). In einem RCT mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten zeigte sich, dass sich bei der Kontrollgruppe, welche zusätzlich zur Standardbehandlung BBAT erhielt, die Schlafqualität signifikant verbesserte.

Stade et al. (2015) gehen hingegen nicht auf Schlaf oder Schlafstörungen ein. Daher müssen sich die Autorin und der Autor bezüglich des Schlafs auf die Ergebnisse von Madsen et al. (2016) beschränken. Dies führt dazu, dass die oben gemachte Hypothese nur bedingt verallgemeinert werden kann.

### 5.3.2. Coping Strategien

Madsen et al. (2016) kommen wie bereits erwähnt zum Schluss, dass für die von ihnen befragten Personen einzelne BBAT-Übungen als Coping Strategie in Stresssituationen und bei emotionalen Ausbrüchen hilfreich sind. Es wird beschrieben, wie Atemübungen den Probandinnen und Probanden gegen Angstattacken beim Einkaufen, im öffentlichen Verkehr oder im Fitnesscenter helfen. Bei Stade et al. (2015) werden Coping Strategien vor allem als Grund für die Teilnahme an der Studie genannt. Auch geben einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach der Intervention an, durch BBAT gelernt zu haben, mit den Schmerzen umzugehen. Für die Autorin und den Autoren ergibt sich daraus die Hypothese, dass die oben genannten BBAT-Übungen hilfreiche Coping Strategien darstellen können. Durch geeignete Coping Strategien kann die Bewältigung des Alltags erleichtert, sowie die Lebensqualität verbessert werden.

### 5.3.3. Beziehungen und soziale Interaktionen

Madsen et al. (2016) halten fest, dass sich bei zwei der Teilnehmerinnen durch BBAT ihre Beziehung zu sich selbst und anderen verbessert hat. Es wird beschrieben, wie sich ihre Persönlichkeit verändert hat und dass sie sich weniger isolieren.

Dies ist für die Autorin und den Autoren ein Indiz dafür, dass BBAT die soziale Interaktion von Betroffenen erleichtern kann.

Stade et al. (2015) gehen im Rahmen der Gruppentherapie auf das Thema der sozialen Interaktion ein. Eine Probandin, welche der Gruppentherapie gegenüber anfänglich skeptisch war, sagte nach der Intervention, die Gruppenmitglieder hätten einander geholfen. Insgesamt empfanden sieben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Therapie in der Gruppe als positives Erlebnis. Stade et al. (2015) diskutieren, dass Menschen mit PTBS eher dazu neigen, sich zu isolieren (Kivling-Bodén und Sundbom, 2002, zitiert nach Stade et al., 2015). Es wird angemerkt, dass sich drei Personen gerade weil die Therapie in der Gruppe stattfand, dazu entschieden haben, nicht an der Studie teilzunehmen. Allerdings war die Gruppentherapie kein Grund für Dropouts. Ob sich durch BBAT die Beziehung zu und die Interaktion mit anderen verbessert hat, wird durch Stade et al. (2015) jedoch nicht beantwortet.

#### 5.4. Beantwortung der Fragestellung

Tabelle 12: Ergebnisse der Diskussion

Unterkategorien	Stade et al. (2015)	Madsen et al. (2016)
Schmerz und Spannung	✓(✓)	✓✓
Bewegungsqualität und Körperwahrnehmung	✓✓	✓
Emotionale Überforderung und psychische Gesundheit im Allgemeinen	?	✓✓
PTBS, Depression und Angststörungen	✓(✓)	?
Schlaf	?	✓✓
Coping Strategien	✓	✓✓
Beziehungen und soziale Interaktionen	?	✓
✓✓ : Signifikante Veränderung (quantitative Daten) / deutliche Verbesserung (qualitative Daten) ✓ : Nicht-Signifikante Veränderung (quantitative Daten) / Verbesserung (qualitative Daten) ? : nicht/nur am Rande besprochen – : Keine Veränderung festgestellt		

In Tabelle 12 werden zur Beantwortung der Fragestellung die Ergebnisse der Unterkategorien aus der Diskussion gegenübergestellt. Die präsentierten Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass BBAT durchaus einen positiven Einfluss auf physische und psychische Beschwerden sowie die Lebensqualität von Kriegs- und Fol-

teropfern haben kann. Allerdings kann anhand der Resultate die für diese Arbeit gewählte Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden. Grund dafür sind einerseits die oben genannten methodischen Fehler der Studien und die nicht immer kongruenten Ergebnisse von Madsen et al. (2016) und Stade et al. (2015) sowie die in Kapitel 6 genannten eigenen Limitationen dieser Arbeit.

Womöglich verhilft der RCT von Nordbrandt et al. (2015), dessen Resultate voraussichtlich 2018 erscheinen, zu neuen Erkenntnissen bezüglich der Fragestellung. Es bedarf dennoch weiterer Forschung, um eine evidenzbasierte Empfehlung bezüglich BBAT bei Kriegs- und Folteropfern abzugeben.

## 6. Limitationen dieser Arbeit

Eine der Limitationen dieser Arbeit ist der aktuelle Stand der Forschung. Bei den gewählten Studien handelt es sich um die einzigen, welche sich mit der Auswirkung von BBAT bei Kriegs- und Folteropfern beschäftigen. Der oben erwähnte RCT wurde bisher noch nicht veröffentlicht und die Resultate der Studie waren zum aktuellen Zeitpunkt nicht zugänglich. Es wurden weitere Studien gefunden, welche möglicherweise den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen, diese waren aber nicht in Deutsch, Englisch oder Französisch erhältlich und somit für die Autorin und den Autoren nicht verständlich. Daher mussten sich die Autorin und der Autor bei der Auswertung der Ergebnisse auf die verwendeten Studien und deren Resultate beschränken. Weiter verfügten die beiden Studien nicht über dasselbe Design und wiesen einen unterschiedlichen Fokus auf, was einen Vergleich der Ergebnisse erschwerte.

Des Weiteren muss beachtet werden, dass beide Studien aus Dänemark stammen und somit die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz eingeschränkt ist, da unterschiedliche Gesundheitssysteme und verschiedene kulturelle und soziale Hintergründe bestehen. Da es sich bei Stade et al. (2015) ausschliesslich um Flüchtlinge aus dem arabischen Raum handelt und Madsen et al. (2016) keine Angaben über die Herkunft der Probandinnen und Probanden machen, ist bei einer Generalisierung und Übertragung auf Flüchtlinge aus anderen Kulturkreisen Vorsicht geboten.

Hinzu kommt, dass die Autorin und der Autor im Vorfeld der Arbeit keine Kenntnisse über das BBAT-Konzept hatten und somit auch keinerlei Erfahrung bezüglich dieser Therapiemethode. Auch hatten beide in ihrer bisherigen Praxis als Physiotherapeutin und Physiotherapeut noch keinen Kontakt mit der in dieser Arbeit besprochenen Population. Somit fehlen Vergleichswerte und eigene Erfahrungen, was ein kritisches Beleuchten der Ergebnisse erschwert. Weiter können im Zuge der Übersetzung der englischen Literatur in die deutsche Schriftsprache entstandene Fehler nicht ausgeschlossen werden.

## **7. Theorie-Praxis-Transfer und Schlussfolgerungen**

Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt keine evidenzbasierte Empfehlung aufgrund der vorliegenden Arbeit abgeleitet werden kann, konnten die Autorin und der Autor durchaus interessante Hinweise auf mögliche Therapieansätze mit traumatisierten Flüchtlingen gewinnen. Diese werden nachfolgend eingehender besprochen.

### **7.1. Transkulturelle Kompetenz**

Während der Literaturrecherche zum theoretischen Hintergrund wurde die bereits bestehende Auffassung der Autorin und des Autors bestätigt, dass die transkulturelle Kompetenz ein zentraler Faktor in der Interaktion und Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen ist. Besonders bei der Therapie im transkulturellen Setting muss man als Physiotherapeutin oder Physiotherapeut gegenüber Normen und Wertvorstellungen von Patientinnen und Patienten sensibel sein und sich ihre kulturell und religiös bedingten Präferenzen bezüglich der Therapie vor Augen halten (Gard, 2007). Für die Autorin und den Autor ergibt sich daraus die Konsequenz, dass transkulturelle Kompetenz dabei hilft, die Situation der Migrantinnen und Migranten besser nachzuvollziehen und ihnen Empathie entgegenzubringen. Handlungsansätze beinhalten unter anderem den Einbezug soziokultureller Unterschiede im Schmerzverständnis und Schmerzverhalten in die Therapie, das Erfragen der Herkunft beziehungsweise des Migrationshintergrundes und die Berücksichtigung der Sprachbarriere.

### **7.2. Psychologische Diagnosen und chronische Schmerzen**

Anhand der vorliegenden Arbeit kann nicht abschliessend bestätigt werden, dass BBAT einen signifikant positiven Einfluss auf physische und psychische Beschwerden bei Kriegs- und Folteropfern hat. Die verglichenen Studien geben zwar eindeu-

tige Hinweise darauf, die Resultate müssen aber aufgrund der genannten Limitationen skeptisch betrachtet werden.

Die Autorin und der Autor sind dennoch der Annahme, dass BBAT und ähnliche Therapieformen bei Kriegs- und Folteropfern förderlich sein können. Unterstützt wird diese Hypothese durch Erkenntnisse über die kognitive Verhaltenstherapie. Dabei handelt es sich um weitgehend anerkannte Methode in der Therapie von Depression, PTBS oder chronischen Schmerzen. Sie zielt unter anderem darauf ab, durch physische Aktivität die Körperwahrnehmung zu fördern. Patientinnen und Patienten mit den oben genannten Diagnosen weisen oftmals Veränderungen in der Wahrnehmung von sich selbst und ihrem Körper auf (Morley, Eccleston und Williams, 1999). Die kognitive Verhaltenstherapie lässt sich insofern mit der noch weniger verbreiteten Methode des BBAT vergleichen, als dass BBAT ebenfalls eine Verbesserung der Körperwahrnehmung bezweckt.

Daraus ergibt sich für die Autorin und den Autoren die Vermutung, dass BBAT zukünftig hierzulande eine wichtigere Rolle in der Therapie von Menschen mit Depression, PTBS oder chronischen Schmerzen spielen könnte. Aus Sicht der Autorin und des Autors macht es Sinn, über den aktuellen Forschungsstand bezüglich BBAT auf dem Laufenden zu bleiben.

### **7.3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Zusammenfassend kommen die Autorin und der Autor zum Schluss, dass BBAT und ähnliche Therapiekonzepte trotz der gegenwärtig unzureichenden Evidenzlage einen vielversprechenden Ansatz in der Therapie mit hochkomplexen und traumatisierten Personen bieten. Allerdings ist wie bereits erwähnt mehr Forschung auf dem Gebiet notwendig, um eine fundierte und gültige Aussage zu treffen. Dazu bräuchte es weitere RCTs, welche den Effekt von BBAT auf eines der Symptome mit der Standardbehandlung (treatment as usual, TAU) vergleichen. Einen ersten Schritt in diese Richtung unternehmen Nordbrandt et al. (2015), die TAU mit BBAT

und herkömmlicher physischer Aktivität in Bezug auf chronische Schmerzen und PTBS bei traumatisierten Flüchtlingen vergleichen.

## Literaturverzeichnis

### A) Hauptstudien

Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjær, C. & Carlsson, J. (2015): "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working." – Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. *Torture*, 25, 1, 33-50.

Heruntergeladen von:

<http://irct.org/assets/uploads/After%20all%20the%20traumas.pdf> am

11.12.2016

Madsen, T. S., Carlsson, J., Nordbrandt M. & Jensen, J. A. (2016): Refugee experiences of individual basic body awareness therapy and the level of transference into daily life. An interview study. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 20, 2, 243-251. doi: 10.1016/j.jbmt.2015.10.007.

### B) Hintergrundliteratur

Amris, K., Prip, K. (2000): Physiotherapy for torture victims (I). Chronic pain in torture victims: possible mechanisms for the pain. *Torture*, 10, 3, 73-76. Heruntergeladen von: <http://doc.rct.dk/doc/TORT2000-3-3.pdf> am 11.12.2016

Bates, M. s., Edwards, T. W. & Anderson K. O. (1993): Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain*, 52, 1, 101-112. doi:10.1016/0304-3959(93)90120-E

Birck, A. (2002): Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. *Psychotraumatologie*, 3, 4, 42-49. doi: 10.1055/s-2002-35024

Butler, D. S., Moseley, G. L. (2009): *Schmerzen verstehen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Verlag Medizin

Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E. A., Carlsson, J. & Waern, M. (2014): Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 168, 98-106. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.049

- Dlugosch, G. E. (1994): Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger & Schmidt (Hrg.) *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (Aufl. 1, S. 101-106). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Domenig, D. (2007). Grundlagen der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig (Hrsg.) *Transkulturelle Kompetenz - Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits-, und Sozialberufe* (Aufl. 2, S. 165-190). Bern: Verlag Hans Huber.
- Edwards, C. L., Fillingim, R. B. & Keefe, F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*, 94, 2, 133-137. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00408-0
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Fischer, L. (2006). Vorwort. In: Fischer (Hrg.) *Der chronische Schmerz – eine interdisziplinäre Herausforderung* (Aufl. 1, S. 7-8). Bern: Peter Lang
- Forrest, D. M (1999): Examination for the late physical after effects of torture. *Clinic Forensic Medecine*, 6, 1, 4-13. doi:10.1016/S1353-1131(99)90169-4
- Franklin, C (2001): Physiotherapy with torture survivors. *Physiotherapy*, 87, 7, 374-377. doi : 10.1016/S0031-9406(05)60869-3
- Gard, G. (2005): Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27, 12, 725-728, doi: 10.1080/09638280400009071
- Gard, G. (2007): Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23,1, 47-55. doi: 10.1080/09593980701209584
- Green, C. R., Anderson, K. O., Baker, T. A., Campbell, L. C., Decker, S., Fillingim, R. ... & Vallerand, A. H. (2003). The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain medicine*, 4, 3, 277-294. doi: 10.1046/j.1526-4637.2003.03034.x
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburg: Duquesne University.
- Grodin M., A., Piwowarczyk, L., D. Fulker, A. R. Bazazi & R. B. Spaer (2007): Treating Survivors of Torture and Refugee Trauma: A Preliminary Case Series Using Qigong and T'ai Chi. *Journal of alternative and complementray medecine*, 14, 7, 801-806. doi: 10.1089/acm.2007.0736

- Goodman, A. (1991): Organic unity theory. The mind-body problem revisited. *American Journal of Psychiatry*, 148, 5, 553–563. doi: 10.1023/A:1005765623556
- Gyllensten, A. L., Hansson & L., Ekdahl, C. (2003): Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7, 3, 173-183. doi: 10.1016/S1360-8592(02)00068-2
- Gyllensten, A. L., Hansson & L., Ekdahl, C. (2003): Outcome of basic body awareness therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy*, 5, 4, 179-190. doi 10.1080/14038109310012061
- Hedlund, L., Gyllensten & A. L. (2010): The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14, 3, 245-254. doi: 10.1016/j.jbmt.2009.03.002
- Hedlund, L., Gyllensten & A. L. (2013): The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17, 2, 169-176. doi: 10.1016/j.jbmt.2012.10.008
- Hengeveld, E. (2003): Biopsychosoziales Modell. In: Van den Berg (Hrg.) *Angewandte Physiologie 4: Schmerzen verstehen und beeinflussen* (Aufl. 1, S. 47-59). Stuttgart: Thieme.
- Johnsen, R. W., Råheim, M. (2010): Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy*, 12, 3, 166–174. doi: 10.3109/14038196.2010.501383
- Kim, H. J., & Yu, S. H. (2015): Effects of complex manual therapy on PTSD, pain, function, and balance of male torture survivors with chronic low back pain. *Physical Therapy Science*, 27, 9, 2763–2766. doi: 10.1589/jpts.27.2763
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005): Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Kwok, W. & Bhuvanakrishna, T. (2014): The Relationship Between Ethnicity and the Pain Experience of Cancer Patients: A Systematic Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 20, 3, 194–200. doi: 10.4103/0973-1075.138391

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998): *Critical Review Form – Quantitative Studies*. Ontario: McMaster University. Heruntergeladen von:  
[https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters\\_Quantitative%20review.pdf](https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_Quantitative%20review.pdf) am 20.2.2017
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007): *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)*. Ontario: McMaster University. Heruntergeladen von:  
[https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters\\_qualreview\\_version2%200.pdf](https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_qualreview_version2%200.pdf) am 20.2.2017
- Ley, C., Lindt, E., Bardach, L., Hochedlinger, J., Hofer, V., Strobl, P., ... & Ruckhofer, W. (2014): „Movi Kune – gemeinsam bewegen“: Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden. *Spectrum.*, 26, 2. 71-97. Heruntergeladen von:  
[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) am 11.12.2016
- Loncarevic, M. (2007) : Migration und Gesundheit. In: Domenig (Hrg.) *Transkulturelle Kompetenz - Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits-, und Sozialberufe* (Aufl. 2, S. 139-162). Bern: Verlag Hans Huber.
- Malterud, K. (2013): *Kvalitative Metoder I Medisinsk Forskning En Innføring 3rd Edition*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F. & Lavelle, J. (1987): Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 4, 497–500. doi: 10.1176/ajp.144.4.497
- Mollica, R. F., Lopes Cardozo, B., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A., Salama, P. (2004): Mental health in complex emergencies. *The Lancet*, 364, 2058–2067. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17519-3
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999): Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-2, 1-13. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00255-3

- Moser, C. (2007): Traumatisierungen bei Migranten mit Folter- und Kriegserfahrung. In: Domenig (Hrg.) *Transkulturelle Kompetenz - Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits-, und Sozialberufe* (Aufl. 2, S. 517-540). Bern: Verlag Hans Huber.
- Nielsen, H. F. (2014): *Interventions for Physiotherapists working with torture survivors*. Kopenhagen: DIGNITY Danish Institute Against Torture.
- Nordbrandt, Carlsson, Lindberg, Sandahl & Mortensen (2015): Treatment of traumatised refugees with basic body awareness therapy versus mixed physical activity as add-on treatment: Study protocol of a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 1, 477-500. doi: 10.1186/s13063-015-0974-9
- Patrick, D. L., Erickson, P. (1993) : Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. In: Walker S. R., Rosser, R. M. (Hrg) *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s* (Aufl. 1, S. 11-63). Lancaster: Kluwer Academic Publishers
- Prip, K. (2014): *Disability among tortured refugees in relation to pain and sensory function in their feet*. Kopenhagen: DIGNITY Danish Institute Against Torture.
- Ranker, A. (2013): *Muslimische Patienten in der Physiotherapie – Möglichkeiten einer kultursensiblen Therapiegestaltung*. Saarbrücken: AV Akademikerverlag
- Schulz von Thun, F. (1981): *Miteinander Reden. 1: Störungen und Klärungen*. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag
- Schüler, J. & Dietz, F. (2004): *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler (Hrg): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. (Aufl. 1, S. 9-24) Göttingen: Hogrefe.
- Seferiadis, A., Ohlin, P., Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2016): Basic body awareness therapy or exercise therapy for the treatment of chronic whiplash associated disorders: a randomized comparative clinical trial. *Disability and Rehabilitation*, 38, 5, 442-451. doi: 10.3109/09638288.2015.1044036
- Skjaerven, L. H., Gard, G., Sundal, M. A. & Strand, L. I. (2015): Reliability and validity of the Body Awareness Rating Scale (BARS), an observational assessment

- tool of movement quality. *European Journal of Physiotherapy*, 17, 1, 19-28.  
doi: 10.3109/21679169.2014.992470
- Strine, T. W. & Chapman, D. P. (2004): Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medecine*, 6, 1, 23-27. doi: 10.1016/j.sleep.2004.06.003
- Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W. F., Shinwari, N. R., Faiz, H., Nassery, R., ... & Olf, M. (2007): Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 4, 328-335. doi: 10.1007/s00127-007-0161-8
- Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.
- Thomsen, A. B., Eriksen, J. & Smidt-Nielsen, K. (2000): Chronic pain in torture survivors. *Forensic Science International*, 108, 3, 155–163. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0379-0738\(99\)00209-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0379-0738(99)00209-1)
- Wicker, H. R. (1993): *Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern
- Zborowski, M. (1952): Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 4, 16-30. doi:10.1111/j.1540-4560.1952.tb01860.x

### **C) Internetquellen**

- Amnesty International (2014). Folter 2014. 20 Jahre gebrochene Versprechen. Heruntergeladen von:  
[https://www.amnesty.ch/de/themen/folter/zahlen-fakten-und-hintergruende/Folter2014\\_GebrocheneVersprechen.pdf](https://www.amnesty.ch/de/themen/folter/zahlen-fakten-und-hintergruende/Folter2014_GebrocheneVersprechen.pdf) am 11.12.2016
- Arbeitsgemeinschaft Kriegsursachenforschung (2013): Kriegsdefinition und Kriegstypologie. Heruntergeladen von: <https://www3.wiso.uni-hamburg.de/fachbereiche/sozialwissenschaften/forschung/akuf/akuf/kriegsdefinition-und-kriegstypologie/> am 11.12.2016

Bundesamt für Statistik (2014): Migration und Integration – Indikatoren. Heruntergeladen von:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html>  
am 11.12.2016

Bundesanzeiger Verlag [elektronische Version] (1990): Gesetz zu dem VN-Übereinkommen vom 10. Dezember 1984 gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Heruntergeladen von:

[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl290s0246.pdf%27%5D\\_\\_1482046571030](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl290s0246.pdf%27%5D__1482046571030) am 11.12.2016.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [elektronische Version] (2016): F43.1 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Heruntergeladen von: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> am 11.12.2016

Heidelberger Institut für Internationale Konfliktforschung (2016): Conflict Barometer 2015. Heruntergeladen von:

[http://hiik.de/de/konfliktbarometer/pdf/ConflictBarometer\\_2015.pdf](http://hiik.de/de/konfliktbarometer/pdf/ConflictBarometer_2015.pdf) am 11.12.2016a

Staatssekretariats für Migration (2015): Asylstatistik. Heruntergeladen von

<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/monat/2015/stat-mt-201511-d.pdf> am 11.12.2016

Schweizerisches Rotes Kreuz (2016): Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer.

Heruntergeladen von: <https://www.redcross.ch/de/organisation/ambulatorium-fuer-folter-und-kriegsoffer/hilfe-fuer-traumatisierte-menschen> am 11.12.2016

United Nations High Commissioner for Refugees (n.d. a): Wer ist ein Flüchtling?.

Heruntergeladen von <http://www.unhcr.ch/service/fragen-antworten/fluechtling.html> am 11.12.2106

United Nations High Commissioner for Refugees (n.d. b): Wer fällt unter die Bezeichnung "Binnenvertriebene"? Heruntergeladen von:

<http://www.unhcr.ch/service/fragen-antworten/binnenvertriebene.html> am 11.12.2016

United Nations High Commissioner for Refugees (2014): World at War. Global Trends – Forced displacement in 2014. Heruntergeladen von [http://www.unhcr.de/fileadmin/user\\_upload/dokumente/07\\_presse/pressemitteilungen/20150618\\_PM\\_globaltrends2014.pdf](http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/07_presse/pressemitteilungen/20150618_PM_globaltrends2014.pdf) am 11.12.2016

United Nations High Commissioner for Refugees (2015): Weltweit fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Heruntergeladen von <http://www.unhcr.de/home/artikel/f31dce23af754ad07737a7806dfac4fc/weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html> am 11.12.2016

World Health Organisation (1997): WHOQOL – Measuring Quality of Life. Heruntergeladen von: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) am 11.12.2016

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 01 – Bekannteste Foltermethoden (Moser, 2007, S. 526)	S. 18
Tabelle 02 – Keywords und verwendete Suchbegriffe	S. 30
Tabelle 03 – Ein- und Ausschlusskriterien	S. 31
Tabelle 04 – Übersicht der gewählten Studien	S. 32
Tabelle 05 – Gegenüberstellung der zwei gewählten Studien	S. 33
Tabelle 06 – Ein- und Ausschlusskriterien modifiziert nach Stade et al. (2015)	S. 34
Tabelle 07 – Darstellung der Hauptthemen und Unterthemen modifiziert nach Stade et al. (2015)	S. 35
Tabelle 08 – Darstellung der Resultate modifiziert nach Stade et al. (2015)	S. 36
Tabelle 09 – Darstellung der Hauptthemen und Unterthemen modifiziert Madsen et al. (2016)	S. 40
Tabelle 10 – Darstellung der Resultate modifiziert nach Madsen et al. (2016)	S. 41
Tabelle 11 – Darstellung der Hauptthemen und Unterthemen für die Diskussion der Ergebnisse	S. 43
Tabelle 12 – Ergebnisse der Diskussion	S. 52

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 01 – Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun (eigene Darstellung)	S. 25
Abb. 02 – Grafische Darstellung des Auswahlverfahrens modifiziert nach Stade et al. (2015)	S. 34
Abb. 03 – Grafische Darstellung des Auswahlverfahrens modifiziert nach Madsen et al. (2016)	S. 40

## **Abkürzungsverzeichnis**

AI:	Amnesty International
AKUF:	Arbeitsgemeinschaft Kriegsursachenforschung
BARS-MH:	Body Awareness Rating Scale-Movement Harmony
BAS:	Body Awareness Scale
BBAT:	Basic Body Awareness Therapy
BSF:	Bundesamt für Statistik
CTP:	Competence Centre for Transcultural Psychiatry Copenhagen
UNHCR:	United Nations High Commissioner for Refugees (Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen)
HIIK:	Heidelberger Institut für Internationale Konfliktforschung
HRQOL:	Health-Related Quality of Life (gesundheitsbezogene Lebensqualität)
HSCCL-25:	Hopkins Symptom Check List
HTQ:	Harvard Trauma Questionnaire
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationales statistisches Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
MDD:	Major Depressive Disorder
n.d.:	nicht datiert
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörungen
RCT:	Randomized Controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SDS:	Sheehan Disability Scale
SEM:	Staatssekretariat für Migration
SF-36:	Short-Form-36 Health Survey
SRK:	Schweizerisches Rotes Kreuz
TAU:	Treatment As Usual
VAS:	Visual Analogue Scale
WHO:	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

## **Eigenständigkeitserklärung**

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.



Noémie Burger



Philipp Koch

## **Wortzahldeklaration**

Wortzahl des Abstracts (Deutsch): 187 Worte

Exklusive vorgegebener Ausschlusskriterien enthält die vorliegende Arbeit 10'311 Worte.

## **Danksagung**

Die Autorin und der Autor möchten sich an dieser Stelle herzlich bei der Betreuerin Brigitte Fiechter Lienert für ihre Begleitung und Unterstützung sowie die Beantwortung von Fragen und das konstruktive Feedback bedanken.

Ein spezieller Dank geht zudem an Mirjam Burger, Zoë Haas, Manuela Käufeler, Petra Fritschi, Nicole Christener, Vanessa Berwik und Nicole Rüthi für das exakte Korrekturlesen und die vielseitigen Inputs. Weiter möchten sich die Autorin und der Autor bei Corinne von Rohr und Beat Sträuli für die Beantwortung einzelner Fragen zum Konzept der BBAT bedanken.

Zum Schluss geht ein herzlicher Dank an die Familien und das Umfeld der Autorin und des Autors und an alle, die während dem Schreibprozess stets unterstützt und motiviert haben und somit massgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

## Anhang A) Suchprotokoll

Datum	Datenbank	Suchsyntax	Treffer	Relevante Treffer	Literatur / Gründe für Ausschluss
11. Januar 2017	AMED	(basic body awareness and torture*).af.	2	0	Nicht relevant für die Beantwortung der Fragestellung, da Intervention oder Population nicht den Einschlusskriterien entsprechen
11. Januar 2017		(basic body awareness and refugee*).af.	0	0	
11. Januar 2017		(bbat OR basic body awareness and migrant*).af.	0	0	
13. März 2017	CINAHL	(basic body awareness and refugee*).af.	2	1	<p><b>Madsen, T. S., Carlsson, J., Nordbrandt, M. &amp; Jensen, J. A. (2016): Refugee experiences of individual basic body awareness therapy and the level of transference into daily life. An interview study.</b></p> <p><i>Nordbrandt, M. S., Carlsson, J., Lindberg, L. G., Sandahl, H. &amp; Mortensen, E. L. (2015): Treatment of traumatised refugees with basic body awareness therapy versus mixed physical activity as add-on treatment: study protocol of a randomised controlled trial</i>  <b>→ nicht relevant, da Studienprotokoll ohne Resultate</b></p>
13. März 2017		(basic body awareness and torture*).af.	1	0	Nicht relevant für die Beantwortung der Fragestellung, da Intervention oder Population nicht den Einschlusskriterien entsprechen
13. März 2017		(bbat OR basic body awareness and migrant*).af.	0	0	
20. März 2017	MEDLINE	(basic body awareness and torture*).af.	2	2	<p><b>Madsen et al. (2016)</b></p> <p><b>Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjaer, C., &amp; Carlsson, J. (2015): "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working."--Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees.</b></p>
20. März 2017		(bbat and torture*).af.	2	2	<p><b>Madsen et al. (2016)</b>  <b>Stade et al. (2015)</b></p>
20. März 2017		(basic body awareness and refugee*).af.	1	1	<b>Madsen et al. (2016)</b>

20. März 2017		(bbat OR basic body awareness and migrant*).af.	0	0	
10. Feb. 2017	PsychIN- FO	(basic body awa- reness and refu- gee*).af.	1	0	Nicht relevant für die Beantwor- tung der Fragestellung, da Inter- vention nicht den Einschlusskrite- rien entspricht
10. Feb. 2017		(basic body awa- reness and tor- ture*).af.	2	0	Nicht relevant für die Beantwor- tung der Fragestellung, da Inter- vention oder Population nicht den Einschlusskriterien entsprechen
10. Feb. 2017		(bbat OR basic body awareness and migrant*).af.	0	0	

## Anhang B) Kritische Würdigung der Studien

### Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007  
McMaster University

#### CITATION:

Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjær, C., Carlsson, J. (2015). "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working." – Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. *Torture*. 25, 1, 33-50

	Comments
<p><b>STUDY PURPOSE:</b></p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Die Studie verfolgt im Wesentlichen 2 Ziele: A) Untersuchen von Compliance, Akzeptanz und Zufriedenheit in Gruppen-BBAT-Therapie (bei traumatisierten arabischen Flüchtlingen) zu untersuchen und B) Veränderung der psychischen und physischen Symptome, Lebensqualität, Bewegungsqualität und Niveau der Funktionsfähigkeit während der Gruppen-BBAT-Therapie zu untersuchen (S. 36, rechte Spalte, Abschnitt 3)</p>
<p><b>LITERATURE:</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Der Hintergrundliteratur wird beschrieben und es werden folgende Themen genannt: PTBS, Komorbiditäten und Schmerzen bei traumatisierten Flüchtlingen, Therapie bei PTBS, BAT und BBAT (S. 32-36).</p> <p>Die Notwendigkeit der Studie wird damit begründet, dass im dänischen Health Technology Assessment Report über PTBS-Behandlung traumatisierter Flüchtlinge BBAT die empfohlene Therapiemethode ist (S. 34, rechte Spalte, Abschnitt 1). Ausserdem wird darauf hingewiesen, dass laut den Autoren bisher noch keine Studien BAT oder BBAT bei traumatisierten Flüchtlingen untersucht haben (S. 35, linke Spalte, Abschnitt 3).</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?<sup>1</sup></p> <p>Die Autoren untersuchen u.a. die Alltagsrelevanz von BBAT in Bezug auf PTBS, Schmerz und Lebensqualität, was sich mit unserer Forschungsfrage deckt.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b></p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="radio"/> phenomenology</p> <p><input type="radio"/> ethnography</p> <p><input type="radio"/> grounded theory</p> <p><input type="radio"/> participatory action research</p> <p><input checked="" type="radio"/> other</p> <p>Mixed Method _____</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Unter "Datenanalyse" wird genannt, dass die Studie in erster Linie einen qualitativen Zugang hatte, aber durch einige quantitative Analysen erweitert wurde (S. 39, rechte Spalte, Abschnitt 3).</p> <p>Es ist die Rede von einem "qualitativen Design", welches jedoch nicht genauer umschrieben wird. Fragestellung und Methode lassen auf eine phänomenologische oder hermeneutische Studie schliessen (die Fragebögen wurden konzipiert, um die vorbestehenden Erfahrungen und die Erfahrungen mit der Gruppentherapie zu erfassen, S. 39, linke Spalte, Abschnitt 4). Ein phänomenologisches/hermeneutisches Design wäre dann auch angemessen für die Forschungsfrage.</p>

<sup>1</sup> When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die theoretische/philosophische Perspektive der Autoren wurden nicht explizit beschrieben. Wie oben beschrieben könnte die Studie einer phänomenologischen oder hermeneutischen Perspektive zugrunde liegen. Dies kann aber aufgrund der Beschreibung der Methode nicht eindeutig gesagt werden.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="radio"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="radio"/> interviews</p> <p><input type="radio"/> document review</p> <p><input type="radio"/> focus groups</p> <p><input checked="" type="radio"/> other</p> <p>Fragebogen und BARS-MH (quantitativ)</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Die Teilnehmer füllten einerseits Fragebögen aus (S. 38) und die Probanden wurden mit dem Body Awareness Rating Scale-Movement Harmony-Test vor und nach der Intervention untersucht. Ausserdem wurden semi-strukturierte Interviews vor und nach der Intervention durchgeführt. Diese wurden thematisch und in einem dualen deduktiv-induktiven Setting geführt.</p> <p>Ob die Datenanalyse kongruent mit der philosophischen Perspektive steht, kann nicht beantwortet werden, da diese nicht explizit beschrieben wurde.</p>
<p><b>SAMPLING:</b></p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Alle arabischen Flüchtlinge, die im CTP zwischen April 08 und Juni 09 behandelt wurden: 29 &gt; 2 nicht erreicht: 27 &gt; 10 sagten ab: 17 &gt; 3 sagten nach der Konsultation vor der ersten Intervention ab: 14 &gt; 5 besuchten weniger als 5 Sitzungen: 9; Einschlusskriterien: im CTP zwischen April 08 und Juni 09 behandelt, über 18, Flüchtlinge mit traumatisch bedingten gesundheitlichen Problemen; Ausschlusskriterien: Personen mit psychotischen Störungen, Personen mit Drogen/Aklohol-Abusus; Personen mit physischen Behinderungen welche BBAT-Behandlung verunmöglichten. Soziodemografische Daten werden in Tabelle 1 angegeben, sind einigermaßen heterogen und passen zur Frage.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?<sup>2</sup></p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>Jedoch waren alle Probanden bereits im Voraus in Behandlung gewesen -&gt; Bias.</p> <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Ob Sättigung erreicht wurde, wird nicht erwähnt. Der Sampling-Prozess ist nicht flexibel und wächst nicht mit der Studie.</p> <p>Tabelle 1 gibt relativ ausführliche Auskunft über die Probanden. Das Sample ist für unsere Forschungsfrage passend</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>Ob eine Einverständniserklärung unterschrieben wurde, wird nicht erwähnt. Es wird einzig beschrieben, dass in einem Informationsschreiben und bei der mündlichen Information betont wurde, dass die Teilnahme freiwillig ist (S. 38, linke Spalte, Abschnitt 1) und die Teilnehmer mit der Tonbandaufnahme einverstanden waren (S. 39, linke Spalte). Zudem wurde die Studie vom National Committee on Health Research Ethics genehmigt (S.40, linke Spalte, Abs 2).</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><b>Descriptive Clarity</b></p> <p>Clear &amp; complete description of site: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>participants: <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Role of researcher &amp; relationship with participants: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</p> <p>Der Ort der Datensammlung wird nicht genannt. Die Probanden werden in Tabelle 1 ausreichend beschrieben. Es wird einzig erklärt, dass die Interviews durchgeführt wurden, bevor die Teilnehmer die Fragebögen ausfüllen mussten. Vor dem ersten Interview wurden Informationen über die medizinische Vorgeschichte, erlebte Traumata und andere Faktoren, welche das Setting beeinflussen könnten, erhoben.</p> <p>Die Meinung und Voreingenommenheit der Autoren werden nicht beschrieben. Die Rolle, Aufgaben und die Erfahrung der Autoren werden in keiner Weise beschrieben.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Es fehlen Angaben zu: philosophischer Perspektive/Annahmen der Autoren, Rolle und Erfahrung der Autoren, Setting der Interviews.</p>

<sup>2</sup> Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

<p><b>Procedural Rigour</b> Procedural rigor was used in data collection strategies? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods. Das Vorgehen wird unter "Data collection and procedure" beschrieben: es wurden Feldnotizen gemacht (non-verbale Kommunikation) und es gibt Angaben zum Fragenkatalog und wie die Fragen gestellt, aufgezeichnet und transkribiert wurden (Flexibilität) - insgesamt wurden 18 Interviews transkribiert (S. 39). Es wird zudem im Abschnitt über das Sampling beschrieben, dass die Studie zwischen März und Juni 2012 durchgeführt wurde, dass die Patienten 14 Therapien in 14 Wochen zustanden und dass jeweils vor und nach den Interventionen Interviews durchgeführt wurden. Unter "Strengths and limitations" werden vor allem das Sampling und die quantitativen Daten kritisch betrachtet.</p>
<p><b>DATA ANALYSES:</b> <b>Analytical Rigour</b> Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed  Findings were consistent with &amp; reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? Es kann nicht definitiv gesagt werden, ob die Datenanalyse passend war, da die philosophische Perspektive nicht explizit beschrieben und erwähnt wurde. Die Kodierung und Unterteilung in Kategorien ist jedoch eine gängige Methode in der qualitativen Forschung.  Der Vorgang der Analyse mittels offener Kodierung wird ausführlich beschrieben und in Tabelle 2 dargestellt. Tabelle 3 bietet eine Übersicht der abgeleiteten 5 Kategorien/Themen, diese werden im Ergebnisteil mit Zitaten belegt. Reasons for participation, Previous body experiences, Satisfaction with the intervention procedures, Experienced mind-body effects und Personal obstacles. Diese sind logisch konsistent und scheinen die gesammelten Daten zu widerspiegeln.</p>
<p><b>Auditability</b> Decision trail developed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed  Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes. Der Prozess für die Entwicklung der Kategorien wird adäquat beschrieben (S. 39-40) und wie oben erwähnt in Tabelle 2 dargestellt. Der Prozess fand in mehreren Schritten statt und wurde durch zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Auch werden einzelne Schritte im Vorgehen begründet.</p>
<p><b>Theoretical Connections</b> Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged. Die wichtigsten Ergebnisse werden zusammengefasst und interpretiert. In der Diskussion (S. 45) werden die Ergebnisse mit weiterer Literatur verglichen. In Bezug auf Reduktion von psychischen und physischen Symptomen und Verbesserung der Lebens- und Bewegungsqualität und Niveau der Funktionsfähigkeit (Teil B der Forschungsfrage) werden aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nur Annahmen getroffen.</p>

<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility: Es wurden Daten von 9 Probanden gesammelt und Feldnotizen gemacht. Triangulation oder Member Check werden jedoch nicht erwähnt.</p> <p>Transferability: Das Sample wird ausreichend beschrieben und können als präsentabel angesehen werden. Angaben zum Setting fehlen.</p> <p>Dependability: Die Datensammlung und Analyse wird ausreichend beschrieben und ist nachvollziehbar. Jedoch wurde kein peer review oder audit trail gemacht.</p> <p>Confirmability: Die Datenanalyse wurde durch 2 Personen, zt unabhängig voneinander durchgeführt. Es wurden Feldnotizen gemacht.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Erkenntnisse sind teilweise relevant, aber (aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmer und der Ein- / Ausschlusskriterien) nicht ausreichend</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Conclusion: Further research is needed to expand the scientific knowledge regarding the use of BBAT in traumatised refugees. If future research can confirm our positive findings it will have a considerable impact on future treatment designs and for the individual patient.</p> <p>Limitationen: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, im Alltag physisch aktiv zu sein. Dies widerspricht jedoch der Erfahrung der Autorinnen und Autoren aus der Klinik. --&gt; Selektions-Bias Unterschiede in der Erfahrung mit BBAT bei den behandelnden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Mangel an Follow-Up Daten</p>



### Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998  
McMaster-Universität

**TITEL:**

Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjær, C., Carlsson, J. (2015). "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working." – Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. <i>Torture</i> . 25, 1, 33-50.

**Kommentare**

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Die Studie verfolgt im Wesentlichen 2 Ziele: A) Untersuchen von Compliance, Akzeptanz und Zufriedenheit in Gruppen-BBAT-Therapie (bei traumatisierten arabischen Flüchtlingen) zu untersuchen und B) Veränderung der psychischen und physischen Symptome, Lebensqualität, Bewegungsqualität und Niveau der Funktionsfähigkeit während der Gruppen-BBAT-Therapie zu untersuchen (S. 36, rechte Spalte, Abschnitt 3)</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Der Hintergrundliteratur wird beschrieben und es werden folgende Themen genannt: PTBS, Komorbiditäten und Schmerzen bei traumatisierten Flüchtlingen, Therapie bei PTBS, BAT und BBAT (S. 32-36). Die Notwendigkeit der Studie wird damit begründet, dass im dänischen Health Technology Assessment Report über PTBS-Behandlung traumatisierter Flüchtlinge BBAT die empfohlene Therapiemethode ist (S. 34, rechte Spalte, Abschnitt 1). Ausserdem wird darauf hingewiesen, dass laut den Autoren bisher noch keine Studien BAT oder BBAT bei traumatisierten Flüchtlingen untersucht haben (S. 35, linke Spalte, Abschnitt 3).</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelfall-Design</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittsstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Fallstudie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mix-Method</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Unter "Datenanalyse" wird genannt, dass die Studie in erster Linie einen qualitativen Zugang hatte, aber durch einige quantitative Analysen erweitert wurde (S. 39, rechte Spalte, Abschnitt 3). Es ist die Rede von einem "qualitativen Design", welches jedoch nicht genauer umschrieben wird. Fragestellung und Methode lassen auf eine phänomenologische oder hermeneutische Studie schliessen (die Fragebögen wurden konzipiert, um die vorbestehenden Erfahrungen und die Erfahrungen mit der Gruppentherapie zu erfragen, S. 39, linke Spalte, Abschnitt 4). Ein phänomenologisches/hermeneutisches Design wäre dann auch angemessen für die Forschungsfrage.</p>



	Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.	
<b>STICHPROBE</b> N = 9  Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wurde die Stichprobengröße begründet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> entfällt	Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?  <small>Alles arabischen Flüchtlinge, die im CTP zwischen April 08 und Juni 09 behandelt wurden: 29 &gt; 2 nicht erreicht; 27 &gt; 10 sagten ab: 17 &gt; 3 sagten nach der Konsultation vor der ersten Intervention ab: 14 &gt; 5 besuchten weniger als 5 Sitzungen: 9; Einschlusskriterien: im CTP zwischen April 08 und Juni 09 behandelt, über 18, Flüchtlinge mit traumatisch bedingten gesundheitlichen Problemen, Ausschlusskriterien: Personen mit psychotischen Störungen, Personen mit Drogen/Alkohol-Abusus; Personen mit physischen Behinderungen welche BBAT-Behandlung verunmöglichen          Soziodemografische Daten werden in Tabelle 1 angegeben, sind einigermaßen heterogen und passen zur Frage. Jedoch waren alle Probanden bereits im Voraus in Behandlung gewesen -&gt; Bias.</small>  Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?  <small>Ob eine Einverständniserklärung unterschrieben wurde, wird nicht erwähnt. Es wird einzig beschrieben, dass in einem Informationsschreiben und bei der mündlichen Information betont wurde, dass die Teilnahme freiwillig ist (S. 38, linke Spalte, Abschnitt 1) und die Teilnehmer mit der Tonbandaufnahme einverstanden waren (S. 39, linke Spalte). Zudem wurde die Studie wurde vom National Committee on Health Research Ethics genehmigt (S.40, linke Spalte, Abs 2).</small>	
<b>Ergebnisse (outcomes)</b>      Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben  Waren die outcome Messungen gültig (valide)? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben	Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)). Die Probanden mussten vor der Intervention und nach der Intervention einen Fragebogen ausfüllen.  Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)	Listen Sie die verwendeten Messungen auf  HTQ total HSCL-25 total HSCL anxiety HSCL depression VAS neck & back VAS arms VAS legs VAS head SCL somatisation WHO-5 SDS BARS-MH



<p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input type="checkbox"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Die Probanden mussten vor der Intervention und nach der Intervention einen selbst erstellten Fragebogen ausfüllen. Diese Massnahme kann immer wieder wiederholt werden.</p> <p>Da der Fragebogen am Anfang und am Ende durchgeführt wurde und die Differenz der beiden Studien in den Resultate einfließt, gab es keine Durchmischung der Studien.</p> <p>Die Probanden erhielten auch 10 Sitzungen mit einem Arzt um psychopharmache und psychologische Hilfe zu erlangen. Zusätzlich 16 Sitzungen mit einem Psychiater wo es um die Kognitiveverhaltenstherapie ging. Plus mindestens eine Sitzung mit einem Sozialarbeiter.</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die Ergebnisse zeigen, dass es eine Verbesserung zwischen dem Fragebogen vor der Intervention zu dem nach der Intervention gibt(Tabelle4). Bei den Assessments HSCL-25 total, HSCL depression, BARS-MH wurde ein Wert unter <math>&gt;0.05</math> gemessen.</p>



<p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Zur Analyse wurde der t-test genommen. Da man den Unterschied charakterisieren kann und alle wichtigen Rahmenbedingungen enthalten sind, eignet sich der t-test.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Der BARS-MH konnte im Mean von 2.59 auf 3.84 verbessert werden und zeigte somit einen statistisch signifikanten Unterschied (P-Wert: 0.1%). Die mittels Fragebögen vor und nach der Intervention erhobenen Werte zeigten ebenfalls eine Verbesserung, wobei hier die Unterschiede jedoch grösstenteils nicht signifikant waren.</p>
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Es gab drei Personen die nicht teilnehmen wollten, wegen dem fehlenden Geld oder zu wenig Motivation. Fünf Probanden die während dem Zeitraum der Studie nicht in die Therapie gingen fielen ebenso heraus, sie kamen nicht mehr wegen zu starken Schmerzen, fehlender Motivation, obligatorischen Anwesenheitspflichten, depression.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Studie zeigt, dass die Probanden welche an dieser Studie teilgenommen haben, und die BBAT Therapien mitgemacht haben, eine Verbesserung in der Lebensqualität aufweisen. In der Studie wird auch gezeigt, dass BBAT nicht nur akzeptiert wird, sondern auch positiv über die Therapie gesprochen wird. Für den quantitativen Anteil der Studie gab es zu wenig Probanden, daher bedarf es weitere Forschung, um eine evidenzbasierte Empfehlung bezüglich BBAT bei Kriegs- und Folteropfern abzugeben.</p>

# Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007  
McMaster University

**CITATION:**

Madsen, T. S., Carlsson, J., Nordbrandt, M., Jensen, J. A. (2016): Refugee experiences of individual basic body awareness therapy and the level of transference into daily life. An interview study. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 20, 2, 243 - 251. doi: 10.1016/j.jbmt.2015.10.007

	Comments
<p><b>STUDY PURPOSE:</b></p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Ziel: Eruiieren, wie traumatisierte Flüchtlinge die Behandlung mit individueller BBAT erleben und inwiefern sie die Effekte der Therapie in ihren Alltag integrieren können. (Das Ziel ist sehr klar und knapp formuliert) (S. 244)</p>
<p><b>LITERATURE:</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Die Hintergründe (zum Zeitpunkt der Studie aktuelle Lage der Flüchtlinge in Dänemark, Anzahl der Folteropfer, Symptome und Beschwerden von Folteropfern, BBAT) werden ausreichend dargestellt (S 244). Bestehende Forschungslücke: Es wird darauf hingewiesen, dass es laut einer anderen Review (Lund et al., 2008) noch kaum Studien zur evidenzbasierten PT mit traumatisierten Flüchtlingen gibt. Die Resultate bei anderen Patienten mit chronischen Schmerzen und psychologischen Diagnosen lassen aber darauf schliessen, dass BBAT auch bei traumatisierten Flüchtlingen vielversprechend ist (dies wird mit Hilfe von diversen Studien dargelegt). -&gt; Begründung für die Studie ist nachvollziehbar und sinnvoll</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b></p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> <p>_____</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Ziel ist es, die Erfahrungen der Betroffenen zu beschreiben, dazu ist die Phänomenologie geeignet, da sie sich mit dem Verstehen von Erleben/Erfahren befasst. Es sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Betroffenen sowie Bedeutungsmuster im Alltag erhoben werden. Um die Sichtweise der Betroffenen zu erfahren und beschreiben ist eine narrative (phänomenologische) Methode notwendig. Die gewählte Forschungsfrage der Autoren ist mit dieser Methode zu beantworten.</p> <p>Qualitative Studien sind in Richtung Theoriebildung orientiert. Das aufstellen einer Theorie basierend auf den Erkenntnissen wird hier nicht als Ziel genannt. Am Ende wird ebenso nicht explizit eine Hypothese/Theorie aufgestellt.</p>

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Nach Aussagen der Autoren wurden entsprechend einer phänomenologischen Herangehensweise im Vorfeld die vorbestehenden Auffassungen (Erfahrungen und Verständnis über das Phänomen) der Autoren aufgedeckt (S. 244, Abschnitt Design und S. 245). Diese werden (abgesehen vom theoretischen Hintergrund) in einem separaten Abschnitt dargestellt dargelegt (u. a. 40h BBAT-Kurs und Arbeit im Department of Torture and Trauma Survivors). Die Expliziten Ansichten der Autoren werden jedoch nicht wiedergegeben.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="radio"/> participant observation <input checked="" type="radio"/> interviews <input type="radio"/> document review <input type="radio"/> focus groups <input type="radio"/> other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Es wurden semi-strukturierte Interviews mit offenen Fragen geführt. Durch Kontrollfragen wurden Bezeichnungen und Begriffe geklärt (2 der 3 Interviews wurden mit einem Übersetzer durchgeführt, S. 245, Abschnitt Interview Process) Interviews sind die wichtigste Methode der Datenerhebung in der Phänomenologie, somit ist dieses Vorgehen vermutlich zum Design.</p>
<p><b>SAMPLING:</b></p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Die Probanden wurden aus der Kontrollgruppe einer (in Kollaboration erstellten) RCT gewählt. Nur jene Probanden, welche die BBAT-Behandlung abgeschlossen haben und mit der besten Compliance bezüglich regelmässiger Teilnahme an den Sitzungen wurden gewählt. Darunter wurden die 10 mit der höchsten Anzahl Sitzungen gewählt und kontaktiert. 5 konnten erreicht werden, 2 sagten später ab. Die Ein- und Ausschlusskriterien des RCT werden ebenfalls genannt. Die Kriterien für das Sampling sind relevant für die Forschungsfrage. Es wird hier die "Key-Informant"-Methode gewählt, welche passend zum Tiefeninterview ist. Der Sampling-Prozess ist nicht flexibel und wächst nicht mit</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?<sup>2</sup></p> <p><input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>der Studie. Die Stichprobe ist eher homogene Teilnehmende, Gegensätze wären auch interessant gewesen</p> <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Sättigung wurde nicht erreicht, was von den Autoren jedoch nicht besprochen wird. Die wichtigsten Schlüsselinformationen zu den Teilnehmern werden tabellarisch dargestellt (Geschlecht, Alter, Anzahl BBAT Sitzungen etc) allerdings fehlen Angaben zu anderen interessanten Daten (Herkunft, physische und psychische Beschwerden/Diagnosen etc). Das Sample ist bedingt angemessen zur Beantwortung unserer Fragestellung.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Alle 3 Teilnehmer erhielten von ihrem Übersetzer einen Informationsbrief und mussten eine Einverständniserklärung unterschreiben. Zur Gewährleistung der Anonymität wurden Daten wie Namen, Orte, Herkunftsländer etc weggelassen. Aufnahmen und Transkriptionen der Interviews wurden gelöscht. Die Studie musste laut dem Danish National Committee on Health Research Ethical nicht genehmigt werden, da sie auf dem bereits genehmigten RCT basierte.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><b>Descriptive Clarity</b></p> <p>Clear &amp; complete description of site: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>participants: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>Role of researcher &amp; relationship with participants: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</p> <p>Es fehlen (abgesehen vom zeitlichen Rahmen) Angaben zum Ort und Setting und die wie oben genannten tabellarisch Dargestellten Angaben zu den Teilnehmern sind nicht ausreichend, um sich als Leser ein klares, umfassendes Bild zu machen. Die Forscher hatten die Teilnehmer vor dem Interview noch nie getroffen. Die Rolle der Autoren/Beziehung zu den Teilnehmern wird ansonsten nicht weiter beschrieben. Ansonsten werden keine Angaben bezüglich Referenzen und Erfahrung der Autoren in Bezug auf andere qualitativen Studien gemacht. Annahmen und Voreingenommenheiten der Autoren wurden nicht beschrieben.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angaben zu Ort und Setting</li> <li>- Detailliertere Angaben zu Teilnehmern und Autoren</li> <li>- Klären der Beziehung, Annahmen etc der Autoren</li> <li>- Referenzen der Autoren</li> <li>- Rolle des Übersetzers</li> </ul>

<sup>2</sup> Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

<p><b>Procedural Rigour</b> Procedural rigor was used in data collection strategies?  <input type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no  <input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.  Alle (beide) Informationsquellen werden genannt (Interviews und Literaturreview für theoretischen Hintergrund). Die Datensammlung (Interviews) wird kurz beschrieben. Die offenen Einstiegsfragen werden dargelegt. Es wird auf Kontrollfragen verwiesen und die Art der Aufzeichnung wird beschrieben. Jedoch fehlen Angaben zum Ort und Setting, detailliertere Angaben zum Zeitraum und Ausmass der gesammelten Daten sowie .zum Training der Interviewer. Das Vorgehen in Datensammlung und Datenanalyse wurde grundsätzlich beschrieben, jedoch nicht reflektiert</p>
<p><b>DATA ANALYSES:</b> <b>Analytical Rigour</b> Data analyses were inductive?  <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed   Findings were consistent with &amp; reflective of data?  <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?  Die Interviews wurden transkribiert und Giorgi's phänomenologisch 4-stufige Analyse wurde verwendet. Zudem wurde mit einem externen Peer-PT gearbeitet. Diese Form der Datenanalyse ist für eine phänomenologische Studie angebracht (s. 245). Dadurch wurden vier Haupt und 11 Unterthemen kategorisiert und tabellarisch dargestellt. (Tabelle 3, S 246).  1. Symptoms: A. Pain &amp; Tension, B. Thoughts &amp; Emotions, C. Sleep  2. Behavioural changes: A. Coping strategies, B. Relationship to oneself &amp; to others  3. The role of the Physiotherapist: A. The PT's instructions &amp; movements, B. The PT's way to approach the patient  4. Exercises: A. Simple movements, B. Making sound, C. Body awareness, D. How often?  Zu allfälligen Zwischenschritten (Notizen der Autoren, erneutes Hören der Aufnahmen, Umgang mit linguistischen Feinheiten) werden keine Aussagen gemacht. Auch fehlen weitere Angaben zu dem externen PT.  Die Themen werden im Ergebnisteil gut beschrieben, sind nachvollziehbar und mit Zitaten belegt</p>
<p><b>Auditability</b> Decision trail developed?  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> not addressed   Process of analyzing the data was described adequately?  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.  Es wird auf das 4-stufige Analyseverfahren und den Peer-PT (Forschertriangulation) verwiesen, ansonsten werden keine weiteren Angaben bezüglich der Einzelschritte und des Entwicklungsprozesses der Themen gemacht. Angaben zur Überprüfung fehlen (abgesehen von der Forschertriangulation). Über den Entscheidungsprozess und die Begründungen der Autoren wird keine Auskunft gegeben. Das Analyseverfahren (s.o.) wird zwar angegeben, es fehlt aber eine Beschreibung dessen.</p>
<p><b>Theoretical Connections</b> Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?  <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.  Die wichtigsten Ergebnisse werden zusammengefasst und interpretiert. In der Diskussion werden die gefundenen Ergebnisse mit anderen Studien und Theorien verglichen. Im Besonderen wird auf eine Feststellung bezüglich der Rolle des PT während BBAT (wobei hier die Wahrnehmung der Teilnehmer der Idee des BBAT widerspricht) eingegangen und (kulturspezifische) Erklärungsansätze geliefert. Die Schlüsse sind nachvollziehbar und logisch.</p>

<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Transferability <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Confirmability <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility: Erreicht durch Forschertriangulation, wenn auch nicht weiter ausgeführt</p> <p>Transferability: Nicht erreicht. Die Angaben zu Sample und Setting sind nicht ausreichend. Interessant wären auch die Resultate bei Betroffenen mit einer geringeren Compliance</p> <p>Dependability: Erreicht durch Peer-Review</p> <p>Confirmability: Erreicht durch das Peer-Review und den Umgang mit den eigenen Ansichten der Interviewer:innen (wenn auch nicht weiter ausgeführt).</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Erkenntnisse sind zwar relevant, aber (aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmer und der Ein- / Ausschlusskriterien) nicht ausreichend</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Conclusion: The participants experienced relief of pain and tension, peace of mind and body, and slept more easily. The participants experienced that a regular practice of BBAT was necessary as were instructions from a PT to get the effect. Transference of BBAT into daily life was experienced to a great extent by the participants as positive changes in contact to self and others and in the form of new coping strategies.</p> <p>Folgende Limitationen werden genannt: Anzahl Teilnehmer, Sprache (Übersetzer), Gefahr von verbalen und nonverbalen Missverständnissen, nur Teilnehmer mit hoher Compliance</p> <p>Auswirkungen der Ergebnisse auf die oder Empfehlungen für die BBAT mit traumatisierten Flüchtlingen werden nicht explizit gemacht. Es wird darauf hingewiesen, dass noch weitere Forschung zu diesem Gegenstand nötig ist.</p>