



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**"Narrative der Heilung: Die Erfahrungen minderjähriger  
Überlebender von Krieg und Folter in einer personenzentrierten  
Psychotherapiegruppe"**

verfasst von / submitted by

Luca Sax, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2024 / Vienna, 2024

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Mitbetreut von / Co-Supervisor:



Für all jene die keine Stimme in dieser Welt haben

*Inside my head's a box of stars I never dared to open  
Inside the wounded hide their scars, inside this lonesome sparrow's fall  
Inside the songs of our defeat, they sing of treaties broken  
Inside this army's in retreat, we hide beneath the thunder's call*

*Outside the stars are turning  
Outside the world's still burning  
(Inside, Sting, Sacred Love)*

## **Abstract**

In diesen Zeiten erreichen uns täglich Berichte über Kriege und Konflikte, und mehr Menschen als jemals zuvor gewaltsam werden gewaltsam aus ihren Heimatländern vertrieben. Besonders Augenmerk haben jene Minderjährigen verdient, welche die verheerenden Folgen von gewaltsamen Konflikten, Krieg und Folter am eigenen Leib erlebt haben und bis heute noch erleben. Frühes (Mit)-Erleben von extremen Gewalterfahrungen hat Folgen für die psychische, physische und soziale Gesundheit und weitere Entwicklung dieser Minderjährigen. Aus den vielen vorhanden Behandlungskonzepten der psychischen Folgeerscheinungen, welche sich häufig bei dieser Gruppe finden, ist die personenzentrierte Gruppentherapie bislang wenig erforscht. Dabei bietet sie in der Theorie viele Möglichkeiten gerade bei dieser spezifischen Zielgruppe effektive Hilfe bieten zu können. Um dies zu untersuchen, wurden nach Abschluss einer personenzentrierten Gruppentherapie für Minderjährige in einem Behandlungszentrum für Kriegs- und Folterüberlebende, qualitative halbstrukturierte Leitfaden-Interviews mit den Teilnehmern geführt. Ziel war es ihr Erleben in und mit der Gruppe sowie heilsame Faktoren der Therapie zu identifizieren. Es zeigte sich ein mehrheitlich positives Erleben der Gruppe und selbst wahrgenommene Verbesserungen und Symptomreduktionen der Teilnehmer. Als heilsame Faktoren stellten sich Heilsame Beziehungen, Heilsamer Dialog, Heilsames Spiel und Beschäftigung heraus. Es wurde auch von Herausforderungen, vor allem durch Konflikte innerhalb der Gruppe und der Umgang mit diesen berichtet. Gesamt zeigt sich ein Bild das den personenzentrierten Ansatz als wirksame Behandlungsform dieser spezifischen Bevölkerungsgruppe darstellt. Durch seine Offenheit für Erlebenswelten der Klient\*Innen, die Möglichkeit durch Kongruenzhandeln der Therapieperson die Aktualisierungstendenz mit all ihren Funktionen zu (re)aktivieren und den Fokus auf Beziehungen, bietet dieser Ansatz eine Form der Therapie, welche auch bei früh erlebten extremen Gewalterfahrungen und der Arbeit mit Minderjährigen aus anderen Sprach- und Kulturkreisen, akzeptiert wird und Unterstützung bieten kann.

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einleitung .....</b>                                         | <b>6</b>  |
| <b>2. Theoretischer Hintergrund .....</b>                          | <b>7</b>  |
| <i>Konsequenzen des Krieges.....</i>                               | <i>7</i>  |
| <i>Physische und Psychische Folgen.....</i>                        | <i>9</i>  |
| <i>Durch Gewalt vertriebene Minderjährige.....</i>                 | <i>10</i> |
| <i>Interventionen .....</i>                                        | <i>12</i> |
| <i>Personzentrierte Gruppenpsychotherapie.....</i>                 | <i>13</i> |
| <b>3. Forschungsfragen.....</b>                                    | <b>17</b> |
| <b>4. Methode.....</b>                                             | <b>19</b> |
| <b>4.1 Methodenwahl .....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>4.2 Festlegung des Materials.....</b>                           | <b>20</b> |
| <b>4.3 Stichprobe .....</b>                                        | <b>20</b> |
| <b>4.4 Erhebung.....</b>                                           | <b>21</b> |
| <b>4.5 Selbstreflexion der Rolle des Forschenden .....</b>         | <b>24</b> |
| <b>4.6 Auswertung .....</b>                                        | <b>24</b> |
| <b>5. Ergebnisse .....</b>                                         | <b>27</b> |
| <b>5.1 Allgemeine Erfahrungen (&amp; Smiley-Task).....</b>         | <b>27</b> |
| <b>5.2 Positiv wahrgenommene Faktoren.....</b>                     | <b>28</b> |
| <b>5.2.1 Heilsame Beziehungen .....</b>                            | <b>29</b> |
| <b>5.2.2 Heilsames Spiel.....</b>                                  | <b>33</b> |
| <b>5.2.3 Heilsamer Dialog .....</b>                                | <b>36</b> |
| <b>5.2.4 Beschäftigung .....</b>                                   | <b>39</b> |
| <b>5.2.5 Wahrgenommene Symptomreduktion und Verbesserung .....</b> | <b>39</b> |
| <b>5.3 Herausforderungen .....</b>                                 | <b>43</b> |
| <b>5.3.1 Konflikte .....</b>                                       | <b>44</b> |
| <b>5.3.2 Partizipationsherausforderungen .....</b>                 | <b>45</b> |
| <b>5.3.3 Sorgen über Teilnahme .....</b>                           | <b>46</b> |
| <b>5.3.4 Langeweile .....</b>                                      | <b>47</b> |
| <b>5.4 Feedback und Verbesserungsvorschläge.....</b>               | <b>47</b> |
| <b>6. Diskussion .....</b>                                         | <b>48</b> |
| Anhang .....                                                       | 52        |
| Literaturverzeichnis .....                                         | 59        |

## 1. Einleitung

In den vergessenen Winkeln unseres kollektiven Gedächtnisses, wo globale Konflikte, Kriege und Leid die tägliche internationale Diskussion prägen, sollen hier die verborgenen, oft übersehenen Leidtragenden hervortreten. Als oft stumme Zeugen menschlicher Gewalt, Überlebende von Krieg und Folter, stehen sie sinnbildlich für das gemeinschaftliche Versagen der Welt jene zu schützen, welche es am nötigsten haben. Die Unschuld der Kinder wurde zu einem Spielball politischer Agenden, Machtstreitigkeiten und Gier. Die Weltgemeinschaft ist fortwährend Zeuge von Kriegen, Vertreibungen und Massenmigrationen, angetrieben durch Verfolgung, Gewalt, Instabilität in den Heimatländern und den zunehmend destabilisierenden Einfluss des Klimawandels (UNHCR, 2009, 2022a). Doch es herrscht eine selektive Blindheit, wenn es um das Leid uns fremder Personen geht. Die Tragödien der Vertreibungen, sowie vorausgegangene Ungerechtigkeiten jedoch, sollten uns alle betreffen. Es ist unserer Aller Aufgabe, Schutz und Hilfe zu spenden, wo dies nötig ist. Doch mehr als alles andere verdienen die besonderen Herausforderungen und Vulnerabilitäten, durch Gewalt vertriebener Minderjähriger unsere Aufmerksamkeit und Beachtung. Ihre Schicksale, ihre Gesundheit und ihre Chancen auf ein besseres Leben, verdienen es eine globale Angelegenheit, jede Nation der Welt betreffend zu sein. Niemand sollte, in einer verzweifelten Suche nach Sicherheit, unerwünscht, von einem Land zum nächsten abgewiesen werden. Meist ohne die Möglichkeit, Umstände zu beeinflussen oder zu kontrollieren, als Zahl einer Statistik. In ihrer Heimat erlebten sie Kriege mit, welche ihre Familien, Gemeinschaften und Gesellschaften zerstörten. Manch einer erlebte Verfolgung aufgrund religiöser oder politischer Gründe. Fast alle erlebten eine alpträumhafte Odyssee aus ihrer Heimat in die vermeintliche Sicherheit (Lebano et al., 2020; Suhaiban et al., 2019a; Ulrich et al., 2020). All diesen Erfahrungen gemeinsam ist der Verlust und die Trauer – ein tiefgreifender Verlust, der Familie, Heimat, des Landes und sozialer Strukturen, sowie häufig auch der Verlust der Identität (Bronstein & Montgomery, 2011; Shonkoff et al., 2012; UNICEF, 2021).

Diese Studie taucht in die Erfahrungen ein, welche von menschengemachter Gewalt vertriebene Minderjährige in einer Therapiegruppe machten. Sie erforscht die Herausforderungen, welchen sich die Minderjährigen gestellt sehen, ihre Anforderungen an eine psycho-soziale Unterstützung, sowie die Faktoren, welche für sie Hilfe sein können. Untersucht werden die Erfahrungen und die Wirksamkeit einer personenzentrierten Gruppenpsychotherapie in einem Betreuungszentrum für Überlebende von Krieg und Folter. Dadurch soll Licht auf die dringende Notwendigkeit gezielter Interventionen und Unterstützungssysteme für diese Mitglieder der Gesellschaft geworfen werden. Die folgenden Seiten sollen Stimmen Gehör verschaffen, welche in unserem tumultartigen, von seiner Sprunghaftigkeit und Kurzlebigkeit geprägtem Diskurs der Welt allzu oft zum Schweigen gebracht, oder in Vergessenheit verdrängt werden.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### *Konsequenzen des Krieges*

Jeden Tag erscheinen Nachrichten über Krieg, Gewalt, Verletzungen und Tod einen Großteil der Welt betreffend, in den Schlagzeilen. Ende des Jahres 2022 existieren 216 gewaltsame Konflikte und 21 vollständige Kriege auf der Erde (The Heidelberg Institute for International Conflict Research, 2023). Die Zahl der von Konflikten betroffenen Länder hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt, wobei Frauen und Kinder in besonders hohem Maße Diskriminierung und extremer Vulnerabilität ausgesetzt sind (UNHCR, 2022a). Die Übernahme Afghanistans durch die Taliban im August 2021, Konflikte in der Tigray-Region in Äthiopien, durch den Klimawandel verstärkte gewaltsame Aufstände in der Zentral-Sahelzone Afrikas, andauernde Konflikte in der Demokratischen Republik Kongo, Nigeria, dem Südsudan, dem Sudan, der Arabischen Republik Syrien und dem Jemen, sowie nicht zuletzt der russische Angriffskrieg der Ukraine im Frühjahr 2022, sind nur einige Beispiele aktueller Konflikte (UNHCR, 2022a; UNHCR, 2022b). Weltweit wurden im Jahr 2022, 108.4 Millionen Menschen aufgrund von Konflikten, Gewalt, Menschenrechtsverletzungen und Verfolgung gewaltsam vertrieben (UNHCR, 2022a). Im Mai 2022 berichtet das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR), dass die Zahl der geflüchteten Menschen zum ersten Mal in der Geschichte die erschreckende Marke von 100 Millionen Menschen erreicht hat (World Health Organization, 2023a; World Health Organization, 2023b). In über 150 Ländern weltweit wurden Menschenrechtsverletzungen festgestellt, und die Zahl der vom Krieg betroffenen Zivilisten nimmt im Vergleich zu den Militärangehörigen seit Jahren zu (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 1998; Amnesty International, 1997).

Durch Gewalt vertriebene Menschen (Personen, die aufgrund von Verfolgung, Krieg oder Gewalt gezwungen waren, aus ihrem Land zu fliehen) sind meist desaströsen humanitären Zuständen in ihrer Heimat, durch Menschen verursachten Traumata wie Gewalt, Verfolgung und Folter, sowie dem Stress der erzwungenen Migration ausgesetzt (Opaas et al., 2020; Suhaiban et al., 2019). Trauma ist definiert als das Erleben von tatsächlichem oder drohendem Tod, schwerer Gewalt oder Verletzung, Katastrophen oder tatsächlicher oder drohender sexueller Gewalt durch direktes Erleben, Miterleben oder Erfahren des Ereignisses (American Psychiatric Association, 2013). Krieg und Folter ereignen sich oft, wenn auch nicht ausschließlich, in einem Kontext des Zusammenbruchs der zivilen Ordnung (Mesa-Vieira et al., 2022; Summerfield, 2000). Menschen in Konfliktgebieten sind nicht nur von anhaltender Gewalt betroffen, sondern auch oft von Armut, schlechtem Zugang zur Gesundheitsversorgung und Ernährungsunsicherheit (Mesa-Vieira et al., 2022; Opaas et al., 2020). Infolgedessen haben viele Menschen, die diese potenziell traumatisierenden Ereignisse erlebt haben neben der oft jahrelangen Diskriminierung, Verfolgung und erzwungenen Verbannung, bereits früher Menschenrechtsverletzungen erfahren (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998). Zu den potenziell

traumatisierenden Erfahrungen von Menschen, die durch Gewalt vertrieben wurden, gehören unter anderem die Inhaftierung in Lagern, die Trennung von der Familie, die politische oder religiöse Verfolgung (Suhaiban et al., 2019b), sowie das Erleben von Krieg, Gewalt, Folter und andere Menschenrechtsverletzungen (Blackmore et al., 2020; Opaas et al., 2020). Zudem führen die Rahmenbedingungen extremer Gewalterfahrungen oft auch zum Verlust von Bewältigungsmechanismen wie zum Beispiel sozialer Unterstützung, finanziellen Ressourcen, sowie der öffentlichen Infrastruktur, die bei allgemeinen Belastungen des Lebens benötigt werden (Bager et al., 2020; Summerfield, 2000). Die Folgen für die physische wie psychische Gesundheit sind verheerend (Bager et al., 2020; Gray et al., 2020; Suhaiban et al., 2019a; United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights, 2022).

Viele Menschen, welche durch Gewalt vertrieben wurden, sind so genannten komplexen Traumata ausgesetzt (Opaas et al., 2020). Dies beschreibt die Exposition mehrfacher, kumulativer und lang andauernder, menschengemachter, potenziell traumatisierender Erfahrungen. Missbrauch in der Kindheit, häusliche Gewalt, sexuelle und körperliche Übergriffe, Verfolgung, Folter, Kampf und andere lebensbedrohliche Erfahrungen sind Beispiele hierfür (Courtois, 2004; Riber, 2017; Trudy Mooren, 2015). Während Krieg, Verfolgung und Folter schreckliche Konsequenzen haben, ist es jedoch wichtig, die Ursachen für Langzeit-Folgen nicht nur hier zu suchen, sondern auch im komplexen Zusammenspiel der direkten Folgen der bewaffneten Konflikte, fluchtbedingten Stressoren, dem Funktionieren der Familie und sozialen Umfeld, sowie der individuellen Gesundheit (Hynie, 2018; Miller & Rasmussen, 2017). Zusätzlich zu den zahlreichen Verlusten, die damit einhergehen, dass man alles Bekannte zurücklassen muss, kommen oft auch eine lebensbedrohliche Reise in die Sicherheit, langen Wartezeiten und Schwierigkeiten in den Ankunftsländern (Blackmore et al., 2020; Porter & Haslam, 2005; Suhaiban et al., 2019). Etwa häufig auftretende erlebte (und auch reale) Hilflosigkeit in Asylverfahren, kulturelle Schwierigkeiten, sprachliche Barrieren, sowie die Trennung von Angehörigen, sozioökonomische Probleme, Arbeitslosigkeit, instabile Wohnverhältnisse, Diskriminierung und soziale Isolation sind Beispiele für Faktoren, welche nach der Migration eine entscheidende Rolle bei der Anpassung und bei Erholungsprozessen von traumatischen Erlebnissen spielen können (Hynie, 2018; Mesa-Vieira et al., 2022; Miller & Rasmussen, 2017). Wenn diese Faktoren nicht gesellschaftlich bewältigt werden, ist der Genesungsprozess ebenso wie die Effektivität psychosozialer Unterstützungen potenziell beeinträchtigt (Mesa-Vieira et al., 2022). Menschen, die durch Gewalt vertrieben wurden, gehören nach wie vor zu den benachteiligten Mitgliedern der Gesellschaft und sind oft mit einem unzureichenden Zugang zu Gesundheitsdiensten konfrontiert, trotz häufig auftretenden physischen und psychischen Gesundheitsproblemen (UNHCR, 2022).



## *Physische und Psychische Folgen*

Die *psychischen, somatischen und sozialen* Folgen von Kriegs-, Folter- und Fluchterfahrungen sind bereits wiederholt belegt worden. So zeigen Studien, dass solche, von Menschen verursachten Verletzungen, das Risiko für ein breites Spektrum an Beeinträchtigungen und Störungsbildern drastisch erhöhen können (Dahl et al., 1998; Suhaiban et al., 2019; Steel et al., 2009; Wilson et al., 2021).

Auf der *somatischen Ebene* finden sich erhöhte Risiken für Herzkrankheiten, Allergien, Verdauungs- und urogenitale sowie dermatologische Probleme (Hughes et al., 2017; Lebano et al., 2020). Ebenso findet sich eine höhere Anfälligkeit für übertragbare Krankheiten, Berufskrankheiten, Verletzungen, Diabetes mellitus sowie Gesundheitsprobleme bei Müttern und Kindern (Armitage, 2022; Bendavid et al., 2021; Devakumar et al., 2014; Kadir et al., 2019). Auch die Prävalenz von HIV, Tuberkulose und Bluthochdruck, Anämie bei Frauen und Kindern, nichtübertragbare Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen, höhere Anfälligkeit für Infektionen durch umweltbedingte Risikofaktoren sowie Risikofaktoren für die Ausbreitung des schweren akuten respiratorischen Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) sind in dieser vulnerabilisierten Population höher (Kotsioni et al., 2013; UNHCR, 2022b, 2022a). Dies steht unter anderem im Zusammenhang mit einem mangelnden Zugang zu Gesundheitsdiensten (Bendavid et al., 2021; Kotsioni et al., 2013; World Health Organization, 2023).

Auf der *psychischen Ebene* finden sich höhere Wahrscheinlichkeiten für psychische Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depressionen und Angstzuständen (Steel et al., 2017). Die Reaktion auf erlebte Gewalt in Konfliktgebieten hängt von verschiedenen internen und externen Faktoren ab: Das Ausmaß und die Schwere des Events, die Dauer der Exposition, die Häufigkeit (z. B. wiederholte Folter) und das dauerhafte Leben in einem Kriegsgebiet sind einige Faktoren, die zu berücksichtigen sind (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998). Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2019 fand eine Prävalenz der häufigsten psychischen Störungen (Depression, Angst, posttraumatische Belastungsstörung, bipolare Störung und Schizophrenie) von 22,1% in von gewaltsamen Konflikten betroffenen Regionen (Charlson et al., 2019). Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2022, welche 15.549 Geflüchtete Menschen einschloss, schätzt die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung auf 31%, die Prävalenz der schweren depressiven Störungen auf 25% und die Prävalenz der generalisierten Angststörung auf 14% (Mesa-Vieira et al., 2022). Vergleicht man dies mit WHO-Erhebung zur psychischen Gesundheit der Weltbevölkerung, welche Lebenszeitprävalenzen von 3,8 % für schwere depressive Störungen, 5% für Angststörungen und 4% für posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen zeigt, erkennt man die deutlich höhere Vulnerabilität von Menschen, die durch Gewalt vertrieben wurden (Koenen et al., 2017; World Health Organization, 2022). PTBS ist die häufigste psychopathologische Folge von traumatischen Ereignissen (Shalev et al., 2017). Die posttraumatische

Belastungsstörung wurde erstmals nach den verheerenden Auswirkungen der Kriegserfahrungen auf die in Vietnam dienenden Soldaten erforscht. Während die Mehrheit der Menschen unmittelbar nach einem traumatisierenden Erlebnis Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigt, deuten Studien darauf hin, dass diese Reaktionen in der Regel mit der Zeit abklingen (Rothbaum et al., 1992). Der Teil der Menschen, welche eine PTBS entwickeln, ist jedoch stark vulnerabilisiert (Watson, 2019).

### *Durch Gewalt vertriebene Minderjährige*

Von den 108,4 Millionen vertriebenen Menschen sind schätzungsweise 43,3 Millionen Kinder unter 18 Jahren (World Health Organization, 2023). Diese Minderjährigen gelten, als die am stärksten gefährdete und vulnerable Gruppe der Vertriebenen (Bean et al., 2007; Mels et al., 2010)

Die meisten ihrer Erfahrungen sind mit Verlust verbunden; dem Verlust von Familie, Heimat, Kultur, sowie sozialer Netze und dem Verlust der eigenen Identität (Birch, 2023). Wenig ist für Minderjährige so schädlich in ihrer Entwicklung, wie die direkten oder indirekten Auswirkungen gewaltsamer Konflikte (Hageman & Alkureishi, 2021; Shenoda et al., 2018). Minderjährige können als Folge direkter Auswirkungen zu Schaden kommen; etwa durch schwere körperliche Verletzungen, Entwicklungsverzögerung, Behinderung, psychische und verhaltensbedingte gesundheitliche Folgeerscheinungen und Tod (Hageman & Alkureishi, 2021). Aber auch indirekte Folgen wie unsichere Lebensbedingungen, Umweltgefahren, wie beschädigte Gebäude, nicht explodierte Sprengkörper und Landminen stellen potenzielle Ursachen dar (Kadir et al., 2019, 2023). Aber auch der fehlende Zugang zu sauberem Wasser, sanitären Einrichtungen und mangelnde Gesundheitsversorgung gefährden die Minderjährigen durch vermeidbare und potenziell behandelbare Krankheiten und Verletzungen (Golm et al., 2020; Hageman & Alkureishi, 2021; Shenoda et al., 2018). Die Zerstörung der medizinischen und öffentlichen Gesundheitsinfrastruktur erschwert die Behandlung Betroffener, da sowohl der Zugang als auch die Qualität der verfügbaren Versorgung eingeschränkt sind. Das gezielte Zerstören von Schulen und Bildungseinrichtungen schafft Bedingungen der Armut, die über Generationen andauern können (Kadir et al., 2019).

In den ersten beiden Jahrzehnten auftretender Stress und Trauma können verheerende Rolle für den weiteren Verlauf der Entwicklung, der physischen, sowie besonders der psychischen Gesundheit haben. Langfristige biologische und psychologische Auswirkungen auf das psychische Gesunderleben- und Verhalten wurden beobachtet (Shonkoff, 2014; Shonkoff et al., 2012). Wenn bereits in jungen Jahren multiple kumulative Extremstresssituationen durchlebt werden, etwa das Erleben zwischenmenschlicher Gewalt am eigenen Körper, das Mit-Erleben zwischenmenschlicher

Gewalt, die Hilflosigkeit und Ohnmacht, sowie das der Situation ausgeliefertsein, treten häufig Entwicklungsverzögerungen (Pine et al., 2005; Shonkoff et al., 2012), Lernschwierigkeiten und psychologische Probleme, darunter externalisierenden Problemen, Depressionen, Angstzustände, und PTBS auf (Agbaria et al., 2021; Attanayake et al., 2009; Fazel et al., 2012; Jensen et al., 2014, 2019; Kadir et al., 2023). Mehrere Studien zeigen ein stark erhöhtes Risiko für PTBS mit einer Prävalenz von 40–70% (Agbaria et al., 2021; Attanayake et al., 2009; Neugebauer et al., 2009, 2014), im Vergleich zu den 15,9% einer Meta-Analyse von nicht durch gewaltsame Konflikte traumatisierte Minderjährigen (Alisic et al., 2014).

Die Forschung zeigt auch bei Minderjährigen stark schwankende Wahrscheinlichkeiten für pathologische Entwicklungen nach einem traumatischen Ereignis (Dimitry, 2012; Hodes et al., 2018; Jensen et al., 2019). Es gilt, wie auch bei Erwachsenen, dass die Lebenszeitprävalenz mit Faktoren, wie der Dauer, Intensität und eventueller Wiederholung zusammenhängt (Attanayake et al., 2009; Kadir et al., 2023). Hier finden sich oft multiple, langandauernde Expositionen die Minderjährige in Regionen mit gewaltsamen Konflikten erleben (Attanayake et al., 2009; Pine et al., 2005). Hinzukommt, wie bereits oben erwähnt, dass ein Ende des Stresserlebens oft jahrelang kaum möglich ist. Konflikte ziehen sich teils über Jahre hinweg und selbst wenn eine Flucht vor der Gewalt möglich ist, so stehen eine oft nicht weniger belastende und gefährliche Odyssee in Ankunftsländer bevor (Attanayake et al., 2009; Bronstein & Montgomery, 2011; Devakumar et al., 2014).

Verschiedene Faktoren stehen im Zusammenhang mit der Entwicklung von psychischen und physischen Problemen bei vertriebenen Kindern und Jugendlichen. Dazu gehören Gewalterfahrungen vor und während der Migration, familiärer Stress, Trennung von den Eltern und Diskriminierungserlebnisse (Jensen et al., 2019). Es wird auch über ein hohes Maß an somatischen Beschwerden berichtet, und die vorhandene Literatur legt nahe, dass es eine signifikante und positive Beziehung zwischen Traumatisierung und Somatisierung bei erwachsenen Geflüchteten besteht (Lebano et al., 2020; Spiller et al., 2016; Wilson et al., 2021). Übergewicht und Diabetes, problematischer Alkohol- und Drogenkonsum, schlechte Selbsteinschätzung der Gesundheit, Krebs, Herz- und Atemwegserkrankungen, sexuelle Risikobereitschaft, zwischenmenschliche und selbstgerichtete Gewalt werden als Folgen berichtet (Hughes et al., 2017). Bei Minderjährigen wurde auch ein signifikant erhöhtes Risiko für medizinisch ungeklärte psychosomatische Beschwerden, wie wiederkehrende Bauchschmerzen, Muskel- und Schmerzen des Bewegungsapparats, Kopfschmerzen und Müdigkeit gefunden (Wilson et al., 2021). Psychosomatische Beschwerden können für Minderjährige belastend sein und sind mit signifikant eingeschränktem Funktionieren (Claar & Walker, 2006), erhöhter Schulabwesenheit (Knollmann et al., 2010) und einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität korreliert (Youssef et al., 2006). Die Adoleszenz ist eine wichtige

Entwicklungsphase für soziale Beziehungen, Identitätsbildung und Zukunftsplanung. Traumatische Erfahrungen, wie Krieg und Verfolgung, können diese Entwicklungen, einschließlich der Zukunftsorientierung von Jugendlichen, beeinträchtigen und nachhaltig schädigen (Attanayake et al., 2009; Devakumar et al., 2014; Ford et al., 2011).

### *Interventionen*

Aktuell gibt es ein gut untersuchtes Spektrum wirksamer Interventionen und Therapien zur Behandlung von PTBS, Depression und Angstsymptomatik bei traumatisierten Vertriebenen. Zu den Therapiemöglichkeiten gehören psychologische, pharmakologische und einige neue und innovative Interventionen. Bei den psychologischen Interventionen zur Behandlung von PTBS finden sich die Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT), bei welcher belastende Elemente traumatischer Ereignisse, daraus resultierendes Vermeidungsverhalten und kognitive Verzerrungen aufgearbeitet werden (De Jongh et al., 2016), verlängerte Expositionstherapie, sowie narrative Expositionstherapie (NET) (Cowling & Anderson, 2023; Genç, 2022; Watkins et al., 2018). Narrative Expositionstherapie für Kinder (KIDNET) konzentriert sich auf die Verringerung posttraumatischen Stresssymptome durch die Aufarbeitung der kindlichen Biografie und die autobiographische Verarbeitung traumatischer Erlebnisse. Die Wirksamkeit der NET & KIDNET bei der Reduzierung von PTBS-Symptomen wurde in mehreren randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen (De Haene et al., 2010; Rafieifar & Macgowan, 2022; Ruf et al., 2010; Velu et al., 2022). Bei der Augenbewegungs-Desensibilisierung und -Rekonstruktion (EMDR) (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013) wird der Patient\*In aufgefordert, sich bewusst an das belastende Ereignis zu erinnern, wird er durch eine Reihe von sensorischen Stimulationen geführt. Diese können Augenbewegungen sein oder auch taktile Stimulationen wie Klopfen oder Töne, die der Patient wahrnimmt. Dies soll die Verarbeitung der belastenden Erinnerungen unterstützen, sodass sie weniger emotional belastend wahrgenommen werden (Velu et al., 2022).

Zu den pharmakologischen Behandlungen gehören Antidepressiva, Anxiolytika oder sedativ-Hypnotika und Antipsychotika. Paroxetin und Sertralin sind von der Food and Drug Administration (FDA) für die Behandlung von PTBS zugelassen (Schellong et al., 2020). Darüber hinaus wurden Venlafaxin und Nefazodon für PTBS empfohlen; Mirtazapin, Trazodon und Prazosin wurden für Schlaflosigkeit und Alpträume eingesetzt (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017). Andere Medikamente wie Morphin, Ketamin und Propranolol werden derzeit auf ihre Auswirkungen auf PTBS untersucht und zeigen bereits vielversprechende Ergebnisse (Feder et al., 2021; Kearns et al., 2015; Peyrovian et al., 2020).

Auch die Arbeit in der Gruppe hat sich als wirksame Methode für Jugendliche und junge Erwachsene erwiesen, und wird heute weitläufig als sinnvolle Ergänzung zum Einzel-Therapieangebot angewendet (Cox et al., 2007; Payne et al., 2007; Rafieifar & Macgowan, 2022). Es gibt jedoch wenig Forschung, welche die personenzentrierte Gruppentherapie als Behandlung, durch Gewalt vertriebener Minderjährigen untersucht. Dabei bietet dieser Ansatz bedeutende Möglichkeiten behutsam Kontakt zu knüpfen, wieder erstes Vertrauen aufbauen zu können und sich selbst und andere wieder wahrnehmen zu können (Stumm & Keil, 2014). Auch über kulturelle und sprachliche Barrieren hinweg (Joseph, 2004; Payne et al., 2007). Der personenzentrierte Ansatz, als Instrument um durch Gewalt schwer traumatisierte Minderjährige behandeln zu können und mit ihnen in Kontakt zu treten, ist möglicherweise eine der, in der Forschung bislang am ehesten übersehene Behandlungsform dieser Zielgruppe.

Minderjährige leiden unter den Traumata und Ungerechtigkeiten von Kriegen und Konflikten, meist ohne die Möglichkeit, ihre Lebensumstände zu beeinflussen (Agbaria et al., 2021). Die erlebte Machtlosigkeit Umstände zu kontrollieren, ist ein verheerender Schlag für die psychische Gesundheit Heranwachsender (Kadir et al., 2019; Slone & Mann, 2016). Eine der zentralen Entwicklungsaufgaben in der Pubertät, besteht darin, ein Gefühl der Kontrolle und des Selbst zu erlangen (Eckert et al., 2012; Stumm & Keil, 2014). Von der Abhängigkeit des Säuglings, über die Unabhängigkeit der Pubertät bis hin zur reifen Interdependenz des älteren Heranwachsenden erwirbt das Individuum persönliche Grenzen und einen inneren Lokus der Kontrolle. Damit einher geht ein Konzept des ‚Selbst‘ (Schmid, 1994, 1996; Stumm & Keil, 2014). Genau bei diesen Verletzungen des Vertrauens in die Welt und des ‚Selbst‘, ausgelöst durch massive Gewalterfahrung in der Kindheit und Jugend, kann die personenzentrierte Therapie ansetzen. Diese soll nun im Folgenden genauer beleuchtet werden.

### *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*

Der personenzentrierte Ansatz (PZA) beruht auf der Annahme, dass das Individuum interne Tendenzen für psychisches Wachstum und Erhaltung des Organismus besitzt, welche die Veränderungen der Psychotherapie tragen (Stumm & Keil, 2014). Zur Person gehören im PZA eine autonome, selbstständige Seite der Persönlichkeit, ebenso wie Beziehungsoffenheit, Erfahrung und Begegnungen. Der Mensch ist von Anfang als eigenständiges, unverwechselbares Individuum, sowie als auf die personale Gemeinschaft mit Anderen bezogen zu betrachten (Schmid, 1994, 1996). Rogers (1959) geht davon aus, dass Menschen von Natur aus den Drang haben, ihr volles Potenzial zu entfalten, und dass die Schaffung eines empathischen, akzeptierenden und authentischen therapeutischen Umfelds diese Selbstverwirklichung fördert. Der personenzentrierte Ansatz legt großen Wert auf die Förderung von

Selbstakzeptanz, Selbstexploration und die Entfaltung individueller Ressourcen, um eine tiefgreifende positive Veränderung im Leben des Einzelnen zu bewirken (Eckert et al., 2012; Schmid, 1994).

Zentral ist dem *PZA* auch das Konzept der *Aktualisierungstendenz* von Carl Rogers (1959), welches die angeborene Neigung jedes Lebewesens beschreibt, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie den Organismus erhalten oder erweitern. Dazu gehören, die Spezialisierung seiner Fähigkeiten, das Streben nach Wachstum und die Bestrebung nach Autonomie (Rogers, 1959/1980). Dieses Streben beschreibt den *Entfaltungsaspekt* der *Aktualisierungstendenz* nach Rogers (1959). Diese enthält aber auch eine *erhaltende* Funktion. Diese Funktion ist gerade in Bezug auf traumatische Erlebnisse von Bedeutung, denn in Zeiten von Krisen und traumatischen Ereignissen ist es wahrscheinlich, dass Entfaltungsprozesse eingeschränkt sind. Dennoch bedeutet das nicht, dass die *Aktualisierungstendenz* zum Erliegen kommt. Die Leistung des Individuums besteht oder bestand dann darin, sich auf kreative Weise an belastende Bedingungen anzupassen, um sie zu bewältigen (Bozarth, 1991).

Rogers (1959) formuliert weiter, dass Ereignisse, die von Individuen als nicht mit ihrer Selbststruktur in Einklang stehend wahrgenommen werden, zu einer Desorganisation und einem Zusammenbruch der Selbststruktur führen können. Infolgedessen entwickeln Klient\*Innen eine intrinsische Motivation, ihre Selbststruktur wiederherzustellen. Die Bedingungen, die im Rahmen einer Therapie geschaffen werden sollen, zielen darauf ab, dass sich die *Aktualisierungstendenz* in ihrer entfaltenden Dimension durchsetzt (Stumm & Keil, 2014). Nach dem *PZA* streben Menschen danach, sich aus sich selbst heraus in eine konstruktive Richtung zu entwickeln, ihre Potenziale und Fähigkeiten entfaltend, hin zum hypothetischen Konzept der „*Fully functioning person*“. Dieses Streben zur Selbstentfaltung ist bei Kindern besonders ausgeprägt (Eckert et al., 2012).

Die personenzentrierte Theorie betont jedoch, dass Menschen nur mit geeigneten sozialen Ressourcen und unter passenden Umweltbedingungen in der Lage sind, ihre Abwehrmechanismen aufzugeben und somit eine Veränderung ihrer Selbststruktur im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen zu ermöglichen (Stumm & Keil, 2014). Klient\*Innen sind intrinsisch motiviert, sich in ihrem individuellen Tempo und auf eigene Weise mit traumatischen Erinnerungen auseinanderzusetzen, vorausgesetzt, dass ihr soziales Umfeld ausreichend unterstützend ist und diese intrinsische Motivation fördert (Stumm & Keil, 2014). Die Grundpfeiler des *PZA* für eine unterstützende und förderliche therapeutische Umgebung sowie für das Wachstum und die Selbstverwirklichung der Klient\*Innen bestehen aus der *Kongruenz der therapierenden Person*, der *unbedingten positiven Beachtung der Klient\*In*, dem *einfühlsamen Nachvollziehen des inneren Bezugsrahmens der Klient\*In*, sowie einer *non-direktiven Herangehensweise* (Eckert et al., 2012; Stumm & Keil, 2014).

Gerade früh erlebte, zwischenmenschliche Gewalterfahrungen sind zerstörerisch (Brisch et al., 2018). Diese Erfahrungen neigen dazu, durch starke psychische Fragmentierung gekennzeichnet zu sein, was Janoff-Bulman (2010) als "shattered assumptions" beschreibt. Damit sind grundlegende positive Überzeugungen, wie eine positive Selbstwahrnehmung, der Glaube an das grundlegend Gute und damit verbundene Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit, tief erschüttert (Janoff-Bulman, 2010). Das Vorhandensein einer einzigen förderlichen Bindung kann jedoch, trotz anderweitig vorherrschender negativer Erfahrungen einen erheblichen Schutzfaktor darstellen (Daud et al., 2008; Mitra & Hodes, 2019). Diese Erkenntnis spiegelt sich auch in Konzepten wie der "schützenden Inselerfahrungen" oder des „hilfreichen inneren Begleiters“ wider (Birgitta Gahleitner, 2005; Stumm & Keil, 2014). Daher spielen stabile Bindungen als Schutzfaktor nach traumatischen Erfahrungen eine zentrale Rolle (Alisic et al., 2014; Devakumar et al., 2014; Ford et al., 2011). Die Ausprägung und Manifestation der nach traumatischen Ereignissen auftretenden Folgeerscheinungen variieren in Abhängigkeit von der Art des Traumas, den Umständen und der Dauer seiner Wirkung (Courtois, 2004). Infolgedessen sollten traumatische Belastungen und die damit verbundenen Folgeerscheinungen wie die PTBS nicht ausschließlich als Konsequenzen traumatischer Ereignisse betrachtet werden. Vielmehr sind sie grundlegend als Versuche zu verstehen, das traumatische Erlebnis innerhalb der jeweiligen (Lebens-)Situation möglichst effektiv zu bewältigen

Gemäß Rogers' (1959/1987) Überzeugung sind Heilungsprozesse in Beziehungen durch eine grundsätzlich akzeptierende, empathische und selbstkongruente Haltung von Seiten der therapierenden Person möglich. Diese bietet Raum für persönliche Entfaltung und ist eine zentrale Voraussetzung für den Heilungsprozess nach dem PZA. Insbesondere geht es darum, einen sicheren Rahmen für Beziehungen zu schaffen, der eine schrittweise Annäherung an erlebte Inkongruenz und verletzte Selbstkonzepte ermöglicht. Hierbei spielen einfühlsame Gestaltung der professionellen Beziehung und die Nutzung zusätzlicher sozialer Ressourcen eine entscheidende Rolle (Schmid, 1994, 1996).

In der psychotherapeutischen Praxis manifestiert sich diese Sicherheit durch die behutsame Gestaltung einer geschützten therapeutischen Beziehung. Diese dient als Brücke zur Außenwelt, wodurch Veränderungsprozesse auch außerhalb der Therapiesitzungen ermöglicht werden (Eckert et al., 2012; Schmid, 1994, 1996). In einem behutsamen Versuch basierend auf Stabilisierung, werden traumatische Erinnerungen selbstaktualisierend zugelassen. Dabei ist es von professioneller Seite entscheidend sicherzustellen, dass die Klient\*Innen nicht von den begleitenden Emotionen überwältigt werden. Es werden auch Erlebens- und Verhaltensinhalte losgelöst von dem Vergangenen, durch reines Betrachten und Bearbeiten im Hier-und-Jetzt aufgezeigt (Stumm & Keil, 2014). Dies ermöglicht ein Wieder-in-Kontakt treten mit den durch Gewalt vertriebenen Minderjährigen, ohne

dabei, oft mit extremen Emotionen Verknüpftes, wieder aufleben zu lassen (Eckert et al., 2012; Stumm & Keil, 2014). Durch eine selbstexplorative Herangehensweise, begleitend und regelmäßig die Stabilität prüfend, können differenziertere Bewältigungsstrategien für die Symptome entwickelt werden. Dies wiederum führt zu veränderten Mustern der Selbstwahrnehmung und eröffnet konkrete Möglichkeiten zur Selbstheilung (Eckert et al., 2012; Janoff-Bulman, 2004; Schmid, 1994; Watkins et al., 2018).

Da Kinder und Jugendliche meist ihr Erleben im Spiel und ihrer Beziehung zur Therapeutperson symbolisieren, ist Spieltherapie ein wichtiger Bestandteil der Behandlung (Stumm & Keil, 2014). Auch hier liegt der Grundsatz des selbst-gesteuerten Wachstums zugrunde. Das Kind selbst wählt das Spiel und das Szenario, steuert den Prozess. Abhängig von der Fragilität des Kindes gibt es zwei Modi der Spieltherapie (Stumm & Keil, 2014). Der *facilitative Modus* des Vorgehens besteht vor allem aus dem Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (Stumm & Keil, 2014; Axline, 1989). Die erwachsene Person dient hierbei als unterstützende und einfühlsame Figur, die dem Kind erlaubt, seine eigenen Erfahrungen im Spiel zu erkunden und zu verarbeiten (Axline, 1989). Das Kind spielt selbst-gesteuert und die Therapieperson fasst Gefühle und Handlungen in Worte (Stumm & Keil, 2014). Wenn das Kind stabiler geworden ist, tritt die Therapieperson vermehrt in Interaktion. Diese kann nun auf Einladung mitspielen, sich als Person erfahrbar machen und aktiv in Beziehung treten. Dies beschreibt den *interaktionellen Modus* des Vorgehens, welcher geprägt ist von Interaktionsresonanz, wobei abhängig vom Handeln des Kindes in Interaktion getreten wird (Eckert et al., 2012; Schmid, 1994, 1996; Stumm & Keil, 2014). Dieser Modus basiert auf der Idee, dass Veränderung und Wachstum in der Therapie durch die Beziehung und Interaktion zwischen Therapeut\*In und Klient\*In gefördert werden. Durch die Interaktion werden Kinder und Jugendliche ermutigt, sich selbst besser zu verstehen, sowie ihre Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken (Behr, 2009). Die Erwachsene Person fungiert hier als unterstützende und einfühlsame Figur, welche das Spiel des Kindes begleitet, ohne es zu lenken oder zu kontrollieren, und ermöglicht so eine freie und kreative Selbstexploration, welche dabei hilft, neue Einsichten zu gewinnen und persönliches Wachstum zu erleben (Behr, 2009).

Auf die beforschte Gruppe bezogen, bietet der PZA durch sein behutsames, wertfreies, die subjektive Realität der Minderjährigen anerkennendes Vorgehen viele Vorteile. Die akzeptierende, empathische, kongruente Grundhaltung bietet Sicherheit und Basis zur Selbstentfaltung, sowie Möglichkeit einer Neustrukturierung traumatisch bedingter Inkongruenzen (Kavemann et al., 2016; Stumm & Keil, 2014). So bietet der PZA die Möglichkeit, das Selbst wieder wahrnehmen zu können. Dies ist auch jenseits von kulturellen oder religiösen Unterschieden möglich, da Klient\*Innen keine vorgefertigten Theorien und Modelle übergestülpt werden, sondern auf die Erlebenswelt der Klient\*Innen eingegangen wird und



Erleben und Verhalten von Therapeut\*Innen ,nur‘ kongruent rückgemeldet wird. Auch für die breite Kritik westlicher Trauma-Konzepte und -Behandlungen als universelle Gesetze (Auszugsweise: Andermahr, 2015; Killian et al., 2017; Visser, 2018) bietet der *PZA* eine gute Antwort, da keine im Vorhinein festgelegten Schemata, Vergleichswerte, Normen oder Ähnliches angewendet werden, sondern lediglich versucht wird mit der Person wertfrei, empathisch und unbedingt positiv in Kontakt zu treten und sie in ihrer Entfaltung zu begleiten und zu stützen (Eckert et al., 2012; Schmid, 1996). Dies ermöglicht auch einen erleichterten Zugang in der Arbeit mit Personengruppen, welche teils eine erhöhte Skepsis westlichen Gesundheits-Systemen und -Angeboten gegenüber aufbringen (Betancourt et al., 2017; Demazure et al., 2021; Majumder, 2014).

### **3. Forschungsfragen**

Innerhalb der Bevölkerung der Geflüchteten, sind die durch Gewalt vertriebenen Minderjährigen eine Gruppe welchen als besonders schutzbedürftig gilt. Ihre Zahlen steigen kontinuierlich (Charlson et al., 2019; Suhaiban et al., 2019a), gleichzeitig weisen sie stark erhöhte psychische wie physische Morbiditäten auf (Birch, 2023; Dangmann et al., 2022). Daher sollte die Traumabehandlung und deren Forschung, stärker auf durch Gewalt vertriebene Kinder und Jugendliche ausgerichtet werden. Aktuell gibt es zwar viele Ansätze zur Behandlung vertriebener, von Traumata betroffener Minderjähriger, jedoch wenig Forschung bei gleichzeitig hohem Bedarf (Attanayake et al., 2009; Jordans et al., 2009; Kadir et al., 2023; UNICEF, 2021). Vor allem verhaltenstherapeutische Methoden wurden bisher erforscht (z.B. KID-NET & CBT), jedoch wurden andere Behandlungsformen wenig untersucht, obwohl diese teils vielversprechende Vorteile liefern können (Akthar & Lovell, 2019; Chipalo, o. J.; Cummings et al., 2017; Genç, 2022; Ryan et al., 2021; Ulrich et al., 2020; Watkins et al., 2018). So bietet der *PZA* in der Theorie Vorteile in der Herangehens- und Behandlungsweise. Dennoch gibt es nur einige wenige Studien, welche personenzentrierte Ansätze bei durch Gewalt vertriebenen Minderjährigen, die unter Traumafolgen leiden, untersuchen (Joseph, 2004; Payne et al., 2007; Rafieifar & Macgowan, 2022). Die vorliegende Arbeit möchte hier ansetzte, und die aufgezeigten Forschungslücken beginnen zu füllen.

Durch den Mangel an Forschung zu dieser Therapieform und spezifischer Klient\*Innen Population, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dieser erlaubt es, die Erfahrungen der Minderjährigen innerhalb der Therapiegruppe zu beleuchten, ihre subjektiven Sichtweisen zu erheben, sowie einen ersten Eindruck über Wirksamkeit und Wirksamkeitsfaktoren zu gewinnen. Dem folgend

ist das Anliegen dieser Arbeit die Exploration der gelebten Erfahrungen durch Gewalt vertriebener Minderjähriger in einer Therapiegruppe. Die damit einhergehenden heilsamen Faktoren, wie auch eventuelle Verbesserungsvorschläge oder Änderungswünsche sollen betrachtet werden. Das Ziel ist es, durch die Studie einen Einblick in die Bedürfnisse und Lebenswelten dieser besonders schützenswerten Population, sowie ein tieferes Verständnis psychotherapeutischer Wirkfaktoren in der Behandlung jener zu erlangen. Die Analyseerkenntnisse können Grundlage für weitere gezielte Forschung sein. Um zukünftig passende, akzeptierte und niedrigschwellige Behandlung bieten zu können. Auch können aktuell angebotene Unterstützungsprogramme verbessert werden, um mehr Minderjährigen effizienter zu helfen.

Vor dem Hintergrund des oben aufgezeigten Forschungsstands, beleuchtet diese Arbeit die folgenden Forschungsfragen:

1. Welche Erfahrungen machen durch Gewalt vertriebene Minderjährige in einer personenzentrierten Therapiegruppe?
2. Welche Faktoren erleben die Gruppenteilnehmer als positiv und heilsam?

## 4. Methode

In diesem Abschnitt werden, das methodische Vorgehen, die Auswahl der Methoden, die Rekrutierung von Interviewpartnern, sowie die Stichprobe näher erläutert. Außerdem werden die Therapiegruppe und das Setting beschrieben. Des Weiteren wird auf die Entwicklung des Interviewleitfadens eingegangen, das halbstrukturierte Leitfaden Interview als Datenerhebungsmethode beleuchtet, sowie die Interviewdurchführung und -situation beschrieben. Darüber hinaus wird die qualitative Datenerfassung und Transkription ebenso wie die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022) als gewählte Methode zur Auswertung vorgestellt und das konkrete Vorgehen der vorliegenden Arbeit beschrieben.

### 4.1 Methodenwahl

Um das Erleben von Gewalt vertriebener Minderjähriger in einer personenzentrierten Therapiegruppe, sowie die als heilsam erlebten Faktoren zu untersuchen, bietet sich ein qualitativer Forschungsansatz an. Dieser erlaubt es, durch seinen Bezug auf die subjektive Realität der Individuen, ihr Erleben der Gruppentherapie, kulturübergreifend und Trauma-sensibel zu untersuchen. Bei breiter Literatur zu den Themenbereichen Trauma, Traumatherapie und Traumatherapie bei komplexen ‚man-made‘ Desastern, fehlen oft subjektive Berichte und Erfahrungen der Betroffenen selbst, vor allem bei nicht-westlichen Personen – und Kulturgruppen. Dies trifft noch verstärkt auf Minderjährige zu, deren Erlebenswelten in einschlägiger westlicher Fachliteratur oft unbeachtet bleiben. Besonders in Anbetracht der Notwendigkeit für Kultursensibilität, sowie der Anforderung feinfühlig und sensibel Traumatisches erfassen zu können, bietet ein qualitativer Ansatz Vorteile. Auch bei derzeitigem, begrenztem Wissen über die zu untersuchenden Lebenswelten der Betroffenen, ermöglicht die qualitative Forschung eine Untersuchung, ohne dass vorgefasste Hypothesen und theoretische Konstrukte diese beschränken. Ebenso erlaubt diese Forschung komplexen Themen in ihrer Vielschichtigkeit gerecht zu werden. Dieser Ansatz vermeidet es, Zusammenhänge und Facetten auf einzelne Variablen zu reduzieren, und strebt stattdessen danach, sie in ihrer Gesamtheit innerhalb ihres alltäglichen Erlebens zu erfassen. Der Fokus liegt auf dem alltäglichen, sowie der Therapiegruppe spezifischem Erleben und Verhalten der Teilnehmer. Da alle Teilnehmer dieser Studie männlich gelesen werden, wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Es ist wichtig zu betonen, dass diese Wahl ausschließlich auf die Homogenität der Teilnehmergruppe zurückzuführen ist und keinerlei

Ausschluss anderer Geschlechter beabsichtigt, sowie Lebensproblemen und -prozessen und deren Wahrnehmungen. Identifizierte Verknüpfungen werden im spezifischen Kontext detailliert beschrieben und entsprechend erläutert. Die subjektiven Ansichten und sozialen Hintergründe der Individuen prägen nach diesem Ansatz, die wiedergegebenen Perspektiven (Hopf, 1978; Kuckartz & Rädiker, 2022; Østern et al., 2021; Silverstein et al., 2006).

#### ***4.2 Festlegung des Materials***

Die Interviewteilnehmer wurden von mir persönlich, direkt in der Therapiegruppe kontaktiert und über die Studie informiert. Verschieden sprachige Informationsschreiben (siehe Anhang) wurden ausgeteilt und nach einer mündlichen Zusage/Interessensbekundung wurde per Telefon nochmals mit den Eltern bzw. Bezugspersonen gesprochen. Zudem gab es mehrere kurze Besprechungen in der Gruppe über die Studie, deren Ziele und Ablauf. Wichtig war die Betonung der Freiwilligkeit und Unabhängigkeit von *Hemayat*, einem Betreuungszentrum für medizinische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden, in welchem die Kindergruppe stattfand. Es sollte klar vermittelt werden, dass die Teilnahme oder Absage der Teilnahme an der Studie keinen Einfluss auf das Therapieangebot bei *Hemayat* hat, sowie alles Gesagte im Rahmen der Interviewsituation bliebe und nicht an Gruppenleiter\*Innen, *Hemayat* oder Bezugspersonen berichtet werden würde (mit Ausnahme bei Selbst- oder Fremdgefährdung). Auch die Möglichkeit zum Studien-Abbruch ohne Konsequenzen wurde klar kommuniziert und die Rückversicherung eines professionellen Auffangnetztes durch *Hemayat*, sollte dies nötig sein, sichergestellt. Fragen über die Teilnahme wurden im Vorfeld so offen wie möglich beantwortet. Voraussetzung einer Teilnahme war, 1.) Teilnahme und Abschluss der Therapiegruppe, 2.) Unterschrift der Probandeninformation durch die Bezugsperson, sowie 3.) die Bereitschaft in Person zu einem Interviewtermin zu erscheinen.

#### ***4.3 Stichprobe***

Von den neun Teilnehmern der Therapiegruppe, erfüllten sechs die Teilnahme Kriterien. Die Stichprobe setzte sich damit aus sechs Personen im Alter von 11 bis 13 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 11,8 Jahren, zusammen (siehe Tabelle 1). Es wurden ausschließlich männliche Teilnehmer befragt, welche als Minderjährige durch Gewalt aus ihren Heimatländern im Nahen- und Mittleren-Osten vertrieben wurden. Die Teilnehmer besuchen zum Zeitpunkt der Studie alle die Schule und wohnen entweder bei einem oder beiden Elternteilen in Wien oder sind in Wohn-WG's untergebracht. Einige

der Teilnehmer befinden sich zusätzlich zur abgeschlossenen Teilnahme an der Gruppentherapie, auch in Einzeltherapie bei *Hemayat*. Auch gibt es Unterschiede, wie lange die Therapiegruppe bereits besucht wird. Durch Zugang zur Datenbank von *Hemayat* wurden, nach Einverständnis des Betreuungszentrums, sowie aller Beteiligten, bereits im Vorfeld, für die Studie relevante soziodemografische und biografische Informationen eingeholt. Für diese Studie nicht-relevantes, wie die Herkunft- und Fluchtgeschichte, Anamnesen, sowie Komorbiditäten und nicht-relevante Morbidität wurden weder erhoben noch individuell betrachtet. Die Ausnahme bildet, dass Krieg-, Folter- und/oder Fluchterfahrungen Voraussetzung für eine Teilnahme an der Therapiegruppe sind.

## **4.4 Erhebung**

### **4.4.1 Halbstrukturiertes Leitfadeninterview**

In der vorliegenden Untersuchung wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Manche der Interviews, wurden dolmetsch-gestützt in Arabisch durchgeführt. Neben der Versicherung der Anonymität der Interviewprotokolle, wurde auch nochmals daraufhin gewiesen, dass die Teilnahme freiwillig und unabhängig von *Hemayat* sei. Es wurde auch auf die Aufnahme per Audiogerät hingewiesen. Zunächst wurde den Teilnehmern daraufhin der Ablauf des Interviews, sowie der weitere Prozess erklärt. Daraufhin wurde der *Smiley-Task* (siehe Kapitel 4.4.4) durchgeführt, gefolgt von einer vorformulierten Einleitungsfrage, welche als Erzählanstoß dienen und das Gespräch auf das Forschungsproblem richten soll. Im Verlauf des Interviews wurden erzählungs- und verständnisgenerierende Kommunikationsarten eingesetzt. Ad-hoc-Fragen können verwendet werden, wenn bestimmte, für die Forschungsfrage relevante Themen, von den Befragten ausgelassen wurden, oder leichte Denkanstöße nötig waren. Diese Fragen wurden aus Stichworten des Interviewleitfadens, abgeleitet. Falls das Gesagte dem Interviewer unverständlich war, und um Missverständnisse vorzubeugen, konnten auch Verständnisfragen gestellt werden. Mit diesem Vorgehen wurde darauf abgezielt individuelle Handlungen, subjektive Wahrnehmungen und Erlebnisse innerhalb der Gruppe, möglichst unvoreingenommen zu erfassen. Das offene Prinzip, erlaubt es den Befragten, eigene spezifische Relevanzen zu setzen und mitzuteilen. Individuelle Relevanzen konnten so wahrgenommen werden und die Perspektive des Interviewers beeinflusst die der Befragten möglichst wenig.

#### 4.4.2 Interview Leitfaden

Für das halbstrukturierte Interview wurde ein teilstandardisierter Interviewleitfaden verwendet (siehe Anhang), der aus einem offenen Fragenkatalog besteht. Der Interviewleitfaden dient zur Unterstützung während des Interviews und kann flexibel eingesetzt werden. Es konnten zusätzliche Fragen gestellt werden, um die Intensität des Gesagten zu verstärken oder um das Verständnis zu fördern. Es ist auch möglich, Fragen auszulassen, wenn sie an anderer Stelle bereits beantwortet wurden. Der Leitfaden gab die Fragen und ihre Reihenfolge vor, erlaubte es dem Forschenden jedoch, je nach aktueller Situation, Anpassungen zu treffen. Die Fragen wurden offen formuliert, so dass die Befragten ihre Gedanken möglichst mit eigenen Worten und Gestaltungsmitteln ausdrücken konnten. Die Entwicklung des Interviewleitfadens basierte auf dem Inhalt der Theorien sowie dem Forschungsinteresse und soll möglichst dem Ziel der Beantwortung der Forschungsfragen dienen. So wurden die Hauptkategorien des Leitfadens anhand der Forschungsfragen aufgestellt und unterteilt und dann mittels, teils a priori selbst festgelegter, teils durch Theorie gestützte Fragen gefüllt.

Der Interviewleitfaden beinhaltet 29 Fragen und gliedert sich in fünf Teile, *Einstieg & Allgemeine Erfahrungen, Stärken, Herausforderungen, Beziehungen, Verbesserungsvorschläge & Abschied*. Der Anfang erfolgte mit einer vorformulierten Einleitungsfrage, die keinen a priori Theoriebezug aufweist, um so zu Beginn keine Richtung vorzugeben. Sie zielte, neben dem *Smiley-Task*, als *Primer* welcher forschungsrelevanten Erfahrungen aufrufen sollte. Damit sollen Reize ins Gedächtnis zurückgerufen werden und die Struktur des Erlebens der Befragten aufgezeigt werden. Damit können zudem auch Problemstellungen erfasst und aktiv behandelt werden, die möglicherweise nicht im Leitfaden inkludiert sind. Auch die Reihenfolge, in welcher die Themenbereiche behandelt wurden, konnte anhand der Relevanz der befragten Person angepasst werden. Nach dem Block *Allgemeine Erfahrungen* teilt sich der Leitfaden in weitere Schwerpunktbereiche auf. So konnte etwa, falls Teilnehmer dies nicht bereits von allein berichtet hatten, gezielt nach positiven wie auch negativen Aspekten der Erfahrungen in der Therapiegruppe gefragt werden. Im Einklang mit dem Fokus des PZA auf zwischenmenschliche Beziehungen, wurde im Block *Beziehungen* explizit nach Erfahrungen mit anderen Teilnehmern, wie auch mit Gruppenleiter\*Innen gefragt (Eckert et al., 2012; Stumm & Keil, 2014). Zum Ende wurden noch Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gruppe und psycho-sozialer Dienste, sowie allgemeine Wünsche der Teilnehmer erfragt.

In Bezug auf die Handhabung des Gesprächsleitfadens in qualitativen Interviews betont Hopf (1978) die Notwendigkeit eines ausgewogenen Umgangs mit den a priori erstellten Fragen. Man solle, weder zu starr an den Leitfaden gebunden sein noch ihn leichtfertig vernachlässigen. Die Gefahr einer zu festen Bindung an den Leitfaden, schätzt Hopf (1978) als größer ein als die Gefahr einer spontanen

Abweichung. Dies steht im Widerspruch zu Annahmen, dass beide Arten von ‚Fehlern‘ in Interviewsituationen gleichermaßen vertreten sind (Hopf, 1978). Eine zu starre Bindung kann zu einer „Leitfadenbürokratie“ führen, die die Ansprüche an das qualitative Interview beeinträchtigt. Sie verhindert allgemeines Informationsinteresse und erzeugt Druck zur schnellen Bearbeitung von Themen. Es wird betont, dass eine realistische Planung und Flexibilität in der Anwendung des Leitfadens erforderlich sind, um eine effektive qualitative Forschung zu gewährleisten (Hopf, 1978). Dies wurde in der Studie beachtet und bestmöglich umgesetzt.

#### 4.4.3 Erhebungssituation

Sämtliche Interviews wurden von dem Autor selbst durchgeführt. Falls dies nötig war, wurde das Interview dolmetsch-gestützt durchgeführt. Hierzu wurden von *Hemayat* im Vorhinein bis zu zehn Dolmetsch-Stunden mit *Hemayat*-internen Dolmetscher\*Innen zu Verfügung gestellt. Die Interviews fanden alle, nach Abschluss der Gruppe im Winter 2022 in *Hemayat*-Therapieräumen statt, jedoch nicht in den Räumen, in welchen die Gruppe zuvor stattfand. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 16 und 35 Minuten (Ø 27 Minuten). Es wurde ausreichend Zeit eingeplant, um den Interviewten die Möglichkeit zu geben, Erlebnisse, Eindrücke und Erfahrungen ausführlich zu beschreiben, sowie auf Nachfragen eingehen zu können. Alle Interviews wurden, nach der mündlichen Einverständniserklärung der Teilnehmer, Audio aufgezeichnet. Die Audioaufnahme ermöglicht eine authentische und genaue Dokumentation des Kommunikationsprozesses, bei gleichzeitiger Konzentration auf den Prozess des Interviews. Dies ermöglicht die Situation sowie nonverbale Hinweise wahrzunehmen. Falls dies benötigt wurde, konnte nach Abschluss des Interviews eine Zeitbestätigung ausgestellt werden.

#### 4.4.4 Smiley-Task

Vor Beginn der Interviews wurde eine kurze Blitzlichtrunde mit dem „*Smileyometer*“ von Read (2008) (siehe Anhang) durchgeführt. Dies ist eine weit verbreitete Skala, die für Minderjährige entwickelt wurde. Sie verwendet fünf lächelnde Gesichter, um Einstellungen von schlecht bis hervorragend zu kennzeichnen. Meist wird das *Smileyometer* zweimal angewendet, vor und nach einer Intervention, um die Erwartungen oder Affekte Minderjähriger zu messen und wie sehr diese erfüllt oder übertroffen wurden (Read, 2008). In dieser Studie wurde er allerdings nur einmal nach Abschluss der Gruppe, zu Beginn des Interviews eingesetzt und soll nicht als valides wissenschaftliches Instrument dienen. Vielmehr sollte damit ein Gefühl für die allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Therapiegruppe entstehen und ein Denk- und Emotionsanstoß für das Thema gegeben werden. Es

wurde zunächst gefragt welchem der Smileys sich der Interviewpartner retrospektiv vor Beginn der Therapiegruppe bei Hemayat zuordnen würde. Dies wurde notiert und darauffolgend gefragt, welchem Smiley er sich, nach Abschluss der Gruppe am ehesten zuordnen würde.

#### **4.5 Selbstreflexion der Rolle des Forschenden**

Der Autor absolvierte im Jahr 2022 ein Praktikum bei *Hemayat* und durfte im Rahmen dessen, regelmäßig an Therapiegruppen für geflüchtete Minderjährige teilnehmen. Dadurch wurde bereits ein Verständnis für Ablauf und Ziele der Gruppe erworben. Nach intensiver Selbstreflexion, sowie Rücksprache mit Betreuungspersonen, wurde die Entscheidung getroffen, auch an jener spezifischen Gruppe, welche nach Abschluss der Therapiegruppe beforscht werden sollte, teilzunehmen. Dies birgt den Vorteil, dass bereits eine Beziehung zu den Teilnehmern aufgebaut werden konnte. Es kann ermöglichen, Gesagtes besser einzuschätzen, sowie einfacher über potenziell Schweres zu sprechen. Zusätzlich konnten die Teilnehmer dadurch bereits vor Beginn der Studie Vertrauen zum Interviewer aufbauen. So wurde der Autor, sowohl als *Insider* wahrgenommen, wodurch andere kommunikative Regeln gelten, andere Begrifflichkeiten benutzt werden und eventuell andere Erfahrungen thematisiert werden als mit einem Außenstehenden (Breuer, 2010). Der Autor hatte also bereits ein gewisses Maß an Vertrauen zu und von den Befragten, wie auch Einblicke in Erfahrungen und Erlebnisse innerhalb der Gruppe. Dadurch öffnen sich Möglichkeiten eines Zugangs zu gelebten Erfahrungen, die nur mit Eingeweihten stattfinden (Breuer, 2010). Durch das klare Trennen der Studie und des Materials von *Hemayat*, wie auch der Erstellung und klaren Orientierung anhand des halbstrukturierten Leitfadens, konnte auch die Rolle des objektiven wissenschaftlichen Forschers erfüllt werden. Eine, die gemeinsamen Erfahrungen in der Gruppe ausgenommen, persönliche oder verwandtschaftliche Beziehungen zwischen Forscher und Teilnehmern, besteht nicht.

#### **4.6 Auswertung**

Zur Auswertung der Erhobenen Daten wurde eine inhaltsanalytische Methode gewählt. Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022) in ihrem systematischen und regelgeleiteten Ansatz, der es ermöglicht, auch umfangreiches Material effektiv zu verarbeiten. Hierbei wird ein Kategorienschema verwendet, das entweder bereits im Vorfeld aufgrund theoretischer Überlegungen festgelegt wird (deduktive Definition) oder sich während des Forschungsprozesses aus dem Text heraus entwickelt (induktive Definition). In der vorliegenden Studie sind neben dem zuvor



festgelegten Kategorienschema weitere Kategorien im Verlauf des Forschungsprozesses entstanden. Die Interviews wurden gemäß den Transkriptionsrichtlinien von Dresing und Pehl (2010) vollständig transkribiert (siehe Anhang). Die Entscheidung für dieses Transkriptionssystem wurde getroffen, da die strikte Einhaltung des Prinzips höchster Genauigkeit die Lesbarkeit des Textes beeinträchtigen kann, was die Analyse eher erschweren als erleichtern würde (Kuckartz & Rädiker, 2022). Solche Transkripte geben den Text oft in einer informellen Sprache wieder, wobei Lesbarkeit, Verständlichkeit und die Minimierung der Transkriptionszeit im Vordergrund stehen. Es wurde bewusst der Schwerpunkt auf die Erfassung des semantischen Inhalts gelegt und weniger auf non-verbale cues oder Ähnliches. Zumal durch das bereits vorhandene Wissen des Autors über die Gruppe und deren Teilnehmer, Gesagtes auch besser verstanden, sowie Bedeutung, Andeutung und Referenzen einfacher zugeordnet werden konnten. Bei dolmetsch-gestützten Interviews, wurden nur die deutsch gesprochene Teile, der Übersichtlichkeit wegen transkribiert. Dies konnte durch die hohe Qualifikation der Dolmetscher\*Innen gerechtfertigt werden. Alle eingesetzten Dolmetscher\*Innen haben langjährige Erfahrung in der Arbeit bei *Hemayat* und im Umgang mit lokalem und kulturellem Wissen, interkulturellen Transfers zwischen Ausgangs- und Zielsprache, sowie Übertragungseffekten und anderen Artefakten, welche bei dolmetsch-gestützten Interviews auftauchen können.

Es wurde ein erhöhter Fokus auf Anonymität und Sicherheit der Teilnehmer gelegt. Zum einen stellen die Interviewten eine vulnerable Gruppe dar, welche um jeden Preis geschützt werden soll, zum anderen gelten beim Verein *Hemayat* strenge Regeln den Datenschutz betreffend. Alle Personennamen der Teilnehmer wurden anonymisiert (IP1-IP6). Es wurden bewusst keine Pseudonyme verwendet, um keinerlei Rückschlüsse zuzulassen und die Anonymität und Sicherheit zu gewährleisten. Das Alter und die Angaben zum Schulstatus wurden nicht pseudonymisiert, da die Originalangaben kein Risiko für die Identität der Teilnehmer darstellen. Auch aus diesem Grund wurden Herkunftsland, Anamnese, Diagnostik, sowie Aufenthaltsdauer der Teilnehmer nicht berichtet. Zudem sind diese für die Forschungsfrage kaum relevant.

Es hat sich aus dem Inhalt der geführten Interviews auch die Kategorie der *Herausforderungen* herauskristallisiert. Diese ist jedoch nicht spezifisch Teil der Forschungsfragen dieser Arbeit. Sie sind jedoch als Teil des Erlebens der Gruppe zu betrachten, und haben sich als wichtiger Teil herausgestellt und wurden aus diesem Grund auch in den Ergebnissen berichtet und in die Diskussion aufgenommen.

#### 4.6.1 Datenanalyse

Für die Datenanalyse wurde die Methode der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz und Rädiker (2022) angewandt. Hierbei wird das Material typischerweise in mehreren

Codierdurchläufen mit deduktiv und/oder induktiv gebildeten Kategorien codiert. Dies ermöglicht einem, während des Auswertungsprozesses, die kontinuierliche Anpassung des Kategoriensystems an das Material. Zur Analyse wurden die 59 Seiten Interview-Transkripte verwendet und das Ablaufmodell von Kuckartz und Rädiker (2022) befolgt. Dies besteht aus sieben Phasen. Einer initiierte Textarbeit und dem Erstellen von Fallzusammenfassungen, gefolgt von der Entwicklung der Hauptkategorien. Dies geschieht sowohl direkt am Material als auch deduktiv aus einem theoretischen Bezugsrahmen, aus den Forschungsfragen bzw. dem Leitfaden der Studie (Kuckartz & Rädiker, 2022). In Phase 3 beginnt der erste Codierprozess, in dem man den Text sequenziell durchgeht und Textabschnitte den Kategorien zuweist. Dies soll, bei Unsicherheit, eher aufgrund der Gesamteinschätzung des Textes vorgenommen werden. Ein Textabschnitt oder Satz, kann mehrere Themen enthalten, folglich ist auch die Codierung mit mehreren Kategorien am gleichen Textabschnitt möglich und sinnvoll. In dieser Phase wurden die Daten grob entlang der deduktiven Kategorien des Leitfadens codiert, wobei ein Teilsatz als kleinste Codiereinheit gewählt wurde, um eine möglichst hohe Verständlichkeit zu gewährleisten. Hiernach werden induktiv Subkategorien gebildet und eine Ausdifferenzierung vorgenommen. Phase 5 beinhaltet den zweiten Codierprozess, in welchem nun anhand der neu erstellten Subkategorien erneut das gesamte Material codiert werden soll. An den zweiten Codierprozess schließt Phase 6 an, in welcher die einfachen und komplexen Analysen stattfinden, und die Ergebnispräsentation vorbereitet werden soll. Im Anschluss an das Codieren erfolgen verschiedene Formen der Analyse. Zunächst wurde eine kategorienbasierte Analyse entlang der Oberkategorien durchgeführt, um die Ergebnisse für jede Kategorie beschreiben zu können. Dem folgt die Analyse der Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie, wobei untersucht wurde, ob und in welchem Verhältnis verschiedene Subkategorien gleichzeitig erwähnt wurden. Anknüpfend wurde breiter nach Zusammenhängen zwischen verschiedenen Kategorien gesucht dies auch unter Nutzung visueller Tools von MAXQDA (Kuckartz & Rädiker, 2022). In der letzten Phase werden die gefundenen Ergebnisse und die gewonnenen Erkenntnisse in einem Bericht verschriftlicht (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Das aus diesen Prozessen entstandene hierarchische Kategoriensystem mit Ordnungs-, Ober- und Subkategorien, folgt grob der Struktur des Interviewleitfadens, wobei induktive Kategorien thematisch logisch neu eingebracht und zugeordnet wurden. Das Kategoriensystem umfasst 87 Kategorien, hauptsächlich bestehend aus induktiven thematischen Subkategorien. Ordnungskategorien, wie *Herausforderungen* dienen lediglich der Übersichtlichkeit und nicht der Codierung der Daten. Die Analyse wurde mithilfe der MAXQDA-Software (VERBI, 2022) durchgeführt, welche umfassende Unterstützung bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse bietet. Die Software ermöglicht Kodierung des Materials, das Erstellen von Memos und Notizen, das freie Sortieren und

Ordnen der Kategorien, sowie das Codieren mithilfe visueller, kreativer Tools. Auch die Zusammenstellung aller, mit derselben Kategorie codierter Textpassagen, sowie das Auswerten der Kategorien ist mit MAXQDA möglich.

## 5. Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der Ordnungs- bzw. Oberkategorien des Kategoriensystems, die in vier Schwerpunkte ausdifferenziert wurden: *allgemeine Erfahrungen in der Gruppe, positiv wahrgenommene Faktoren, Schwierigkeiten sowie Feedback und Verbesserungsvorschläge*.

### 5.1 Allgemeine Erfahrungen (& Smiley-Task)

Die Oberkategorie Allgemeine Erfahrungen umfasst die Kategorien *Positive Bewertung*, sowie *Wahrgenommene Unterstützung*. Diese Oberkategorie dient dazu, einen allgemeinen Eindruck wie die Gruppe von den Teilnehmern wahrgenommen wurde zu gewinnen. Zudem wird hier berichtet, ob in der Wahrnehmung der Teilnehmer überhaupt positive Ergebnisse durch die Gruppe erzielt werden konnten. Sie soll als eine Art Einleitung dienen, um einen Überblick zu schaffen. Außerdem werden hier der Vollständigkeit wegen, die Ergebnisse der *Smiley-Task* berichtet.

**Smiley-Task.** Diese kurze Einstiegsrunde zu Beginn jedes Interviews zeigt ein sehr homogenes Bild. So deuten alle Teilnehmer eine Verbesserung in ihrem psychischen Befinden mit den Smileys an. Einer der Teilnehmer wählt als Symbol für seinen Zustand vor der Gruppe, den unglücklichsten Smiley. Nach der Gruppe habe sich sein Zustand zum glücklichsten Smiley hin verschoben. Dieses Bild zeigt sich, wenn auch in schwächerer Ausprägung auch bei anderen Teilnehmern.

**Positive Bewertung.** Diese Kategorie beinhaltet allgemeine berichtete positive Bewertungen der Therapiegruppe. Es haben alle Teilnehmer mindestens einmal erwähnt, dass sie im Großen und Ganzen die Gruppe positiv erlebt haben. So antwortet IP2 auf die Frage wie er die Zeit bei Hemayat erlebt habe mit:

„Gut. Nicht schlecht.“ (IP2)

Auf Nachfrage, was genau er damit meine, konkretisiert er:

*„Es war nicht so schlecht. Manchmal war ich müde und wollte nicht gehen. Aber dann bin ich doch gekommen und es hat Spaß gemacht und deswegen war es nicht so schlecht.“ (IP2)*

IP3 berichtet auf die Frage wie er die Zeit bei Hemayat erlebt habe:

*„Ein bisschen gut. Gut. Geht's gut.“ (IP3)*

Auf die Nachfrage ob es ihm besser gehe, als vor Hemayat antwortet er:

*„Besser. Jetzt ist schon besser. Ist schon alles gut jetzt.“ (IP3)*

Zudem erklärt er auch, dass ihm die Gruppe dabei geholfen habe, dass es ihm nun besser gehe.

I: *„Glaubst du die Gruppe hat geholfen, dass es jetzt besser ist?“*

IP3: *„Ja geholfen.“*

Auch IP6 beschreibt seine Erfahrungen mit der Gruppe sehr positiv und gibt einen ersten Einblick in als heilsam wahrgenommene Faktoren:

IP6: *„Also wir haben da immer zusammen geredet, gespielt und am Ende getrunken und gegessen. Es hat einfach Spaß gemacht.“*

I: *„Was hat besonders Spaß gemacht?“*

IP6: *„Zu spielen und reden.“*

I: *„Fandest du eines wichtiger?“*

IP6: *„Ja das Reden.“ (IP6, Pos. 3-7)*

## **5.2 Positiv wahrgenommene Faktoren**

Die Hauptkategorie positiv wahrgenommene Faktoren umfasst die Faktoren *Heilsame Beziehungen*, *Heilsamer Dialog*, *Heilsames Spiel*, *Beschäftigung*, sowie *Wahrgenommene Symptomreduktionen und Verbesserungen*. Die ersten drei bilden das Zentrum dieser Forschung, da sie von allen Teilnehmern am relevantesten für Veränderungen gesehen wurden. Unter *Wahrgenommene Symptomreduktionen und Verbesserungen* sind aus den zuvor genannten Faktoren hervorgehende Verbesserungen im

Erleben und Verhalten der Teilnehmer zusammengefasst. Hier finden sich auch Rückkopplungen auf die Hauptfaktoren. So fördert zum Beispiel ein, in der Gruppe erlernter Umgang mit eigenen Aggressionen die Möglichkeit in der Gruppe mit anderen Teilnehmern positiv in Beziehung zu treten. Auf diese Rückkopplungen wird am Ende des Kapitels gezielter eingegangen.

### **5.2.1 Heilsame Beziehungen**

Diese Kategorie beinhaltet die zwischenmenschlichen Kontakte innerhalb der Gruppe. Sowohl zu den Gruppenleiter\*Innen, wie auch zu den Teilnehmern untereinander. Sie unterteilt sich weiter in die fünf Subcodes *Neue Beziehungen aufbauen*, *Beziehungen mit Gruppenleiter\*Innen*, *Beziehungen mit Peers*, *Positive Stimmung innerhalb der Gruppe* und *Gemeinsame Aktivitäten*. Die Kategorie wurde deduktiv bereits im Interviewleitfaden eingeführt, jedoch ist der in der Analyse erkannte Umfang mit 38% von allen unter *Positiv wahrgenommene Faktoren* codierten Segmenten erwähnenswert. Beziehungen als heilsamer Faktor werden ausnahmslos von allen Teilnehmern erwähnt und bilden den Faktor mit dem stärksten positiven Einfluss auf das Erleben und Verhalten der Teilnehmer.

**Neue Beziehungen aufbauen.** Diese Kategorie wurde von fünf der sechs Teilnehmer erwähnt und beschreibt die Möglichkeit durch die Gruppe neue Beziehungen zu bilden. Sowohl das Knüpfen neuer Beziehungen zu den Gruppenleiter\*Innen, wie auch den anderen Teilnehmern wurden hier erwähnt. So beschreibt IP1:

*„Am Anfang an konnte ich kein Deutsch reden. Ich hab gar keine Freunde gehabt. Aber mit der Zeit war ich mit arabisch sprechenden befreundet und hier besonders in der Gruppe, habe ich auch euch gelernt. Und meine Situation, die Umstände, haben sich auch verbessert.“* (IP1, Pos. 8)

Es zeigt sich hier bereits der Faktor der Isoliertheit geflüchteter Minderjähriger und die Möglichkeit durch die Gruppentherapie diese Isoliertheit zu durchbrechen und in einen Austausch mit Anderen zu treten. Auch die Zentralität des Dolmetschens als Facilitator dieses Austausches und des Formens neuer Beziehungen werden hier erwähnt. Weiter erzählt er:

*„Ich habe schöne Erfahrungen gemacht. Ich habe andere Menschen, andere Jungen kennengelernt. Wir machen Spaß, wir spielen zusammen.“* (IP1)

Auf die Nachfrage, was für schöne Erfahrungen er in der Gruppe machen konnte, berichtet IP1:

*„Ja die Kinder kennengelernt und mit euch auch, habe ich Deutsch gelernt (...) Ja und wir haben unsere Telefonnummern auch getauscht und wir haben uns außerhalb von Hemayat auch getroffen. Spaziergänge gemacht, im Park gewesen.“ (IP1, Pos. 68-70)*

Die in der Gruppe geknüpften Beziehungen konnten also auch über die Gruppe hinausgetragen werden und auch außerhalb des wöchentlichen Treffens eine Stütze sein. Auch IP5 berichtet davon, dass er über die Gruppe neue Freunde gefunden habe:

IP5: *„Ja nur, dass ich Freunde gefunden habe.“*

I: *„Okay, aber das ist ja was Gutes, oder?“*

IP5: *„Ja.“*

I: *„Okay und die hast du über Hemayat, über die Gruppe gefunden?“*

IP5: *„Ja.“*

Ähnliches berichtet auch IP2:

IP2: *„Es war alles gut. Es hat sehr Spaß gemacht. Weil man mit Freunden so gekommen ist, man hat geredet, man hat Spaß gehabt. Da hab ich mich so gut gefühlt (...) Es waren alle nett und das hat mir gefallen.“*

I: *„Kannst du die Freunde schon vorher?“*

IP2: *„Ich hab die In der Gruppe kennengelernt.“*

**Beziehungen mit Gruppenleiter\*Innen.** Alle Gruppenteilnehmer haben sich positiv über die Interaktionen mit den Gruppenleiter\*Innen geäußert. Hier zeigt sich, in Übereinstimmung mit dem theoretischen Hintergrund des PZA, die Zentralität der Rolle der Beziehung zwischen Therapeut\*In und den Gruppenteilnehmern. Diese im PZA zentrale Kategorie konnte in den Interviews induktiv bestätigt werden. So beschreibt IP4 auf die Nachfrage warum er mit einem der Gruppenleiter\*Innen besonders gern interagiert hat:

*„Er ist immer lieb zu mir und fragt mich, wie es mir geht und alles. Ob ich Hilfe brauche bei irgendwas. Ja.“ (IP4, Pos. 194-197)*

Diese *Unbedingte positive Beachtung* findet sich im selben Interview auch bei der Frage wie er die Zeit mit den Erwachsenen empfunden hat: *„Gut (...) Die waren nett“*. Auch IP 3 schildert dies positiv:

*„Mit mir spielen und reden und so. Und wenn ich etwas zu trinken will (...) Ja das nett.“ (IP3, Pos. 89-91)*

IP3 hat, wie später noch ausführlich behandelt wird, Schwierigkeiten Konflikte in der Gruppe zu verarbeiten. Für ihn stellt sich daher die *Unbedingte positive Beachtung* durch die Erwachsenen in der Gruppe als besonders wichtig heraus. So verneint er erst die Frage, ob es mit jemandem gut war, und korrigiert dann:

IP3: „...Außer X. und die Eltern.“

I: „Die Erwachsenen meinst du?“

IP3: „Ja.“

(...)

I: „Und was war da mit den Erwachsenen gut?“

IP3: „Alles.“ (IP3, Pos. 114-117)

IP2 erzählt, wie ihm die *Non-Direktivität* der Gruppenleiter\*Innen positiv im Vergleich zur Schule aufgefallen ist:

„... Aber in der Schule gibt es ein paar Regeln, an muss das machen. Aber dort war das nicht so. Es war nicht wie Schule. Es war fast so wie die Kinder wollen. Das war gut.“

Mehrere Teilnehmer berichten, wie sehr ihnen die *Involviertheit* gefallen hat. So erläutert IP5 auf Nachfragen des Autors, warum er die Erwachsenen gut fand: „Weil die auch mitgespielt haben“ und IP2 antwortet auf die Frage wie es für ihn mit den Erwachsenen war: „Dass die da waren. Dass sie mitgespielt haben. Dass die nett waren“.

Insgesamt stellen die *Unbedingte positive Beachtung*, sowie die *Unterstützung* mit jeweils etwa einem Drittel Anteil an der Kategorie *Beziehungen mit Gruppenleiter\*Innen* die beiden zentralsten Kategorien dar. Als *Unterstützung* wurden von den Teilnehmern der Gruppe Tipps, Hilfen und Support durch die Erwachsenen genannt. IP5 beschreibt:

„Ja, die haben mir geholfen. Also einer (...) Ich weiß Name nicht (...) Immer, wenn ich Schularbeiten hab, da hat er mir Tipps gegeben.“ (IP5, Pos. 54-63)

Auch auf sprachlicher Ebene wurden Fortschritte durch Kontakt mit den Gruppenleiter\*Innen beschrieben. „Die X. hat mir geholfen Deutsch zu lernen“, erzählt IP3 auf die Frage wie ihm die Erwachsenen geholfen hätten und IP6 berichtet, dass das Wichtige sei „mit Erwachsenen reden, weil die helfen dann.“

Auch eine *Vorbildfunktion* wurde erwähnt, so etwa von IP2:

*„Wenn die Großen mit mir reden, dann wissen die besser als die Kinder. Aber die Kinder wissen nicht so viel. Aber ja.“ (IP2, Pos. 199-202)*

Die Teilnehmer berichten von positiven Erlebnissen durch *empathisches Zuhören* und ein *verstanden fühlen* im Dialog mit den Gruppenleiter\*Innen. So beantworten drei der Teilnehmer die Frage, ob sie sich von den Erwachsenen *verstanden* gefühlt haben mit „Ja“. IP2 berichtet über *empathisches Zuhören* folgendermaßen:

*„(...) habe ich viel geredet. Im Sitzkreis so haben wir geredet, ich hab so meine Geschichte so gesagt und so. Mit euch allen Lehrern. Ich hab euch viel gesagt. (...) Die Erwachsenen haben nur auf mich gehört, da habe nur ich geredet. Bei den Kindern ich weiß nicht.“*

**Beziehungen mit Peers.** Auch hier nennen alle Teilnehmer die Beziehungen mit ihren Peers in der Gruppe positiv. Das gemeinsame Zeit verbringen, der *Austausch mit Peers*, und auch das *Verstanden Fühlen* durch die anderen Teilnehmer stehen hier im Mittelpunkt. IP1 fasst seine Erfahrungen mit den anderen Teilnehmern wie folgt zusammen:

*IP1: „Das wir uns unterhalten haben und es hat uns Spaß gemacht zusammen zu sein. Und gespielt.“*

*I: „Und gab es etwas von den anderen Kindern, zum Beispiel beim Reden, was dir Kraft und Sicherheit gegeben hat?“*

*IP1: „Ehrlich zu sein; Ja.“ (IP1, Pos. 54-60)*

Die Beziehungen zu den Peers als ein positiver Faktor finden sich auch in den Beschreibungen der Gruppe von IP4:

*„Jeder spielt miteinander, ohne zu streiten. Manchmal schon. Aber nicht immer. Nur 2 Kinder aber andere spielen normal und wir lachen und Spaß machen (...) So die sind so freundlich miteinander. Wie Brüder. Die spielen alle miteinander.“ (IP4, Pos. 9 & 30)*

Diese gemeinsame Beziehung scheint der Nährboden zu sein, auf welchem weitere Faktoren aufbauen können. Ein Austausch und ein Zulassen der eigenen Verletzlichkeit, scheinen erst durch das Vorhandensein einer grundsätzlichen Beziehung der Teilnehmer untereinander möglich und fördern diese gleichzeitig. So fallen jeweils vier der Teilnehmer *Austausch mit Peers* und *verstanden fühlen* als angenehme Faktoren in der Gruppe auf. IP1:

*„Dass wir miteinander unterhalten haben und wir haben erzählt. Was wir an den Feiertagen gemacht haben oder den Ferienzeiten (...) Ja und wir haben unsere Telefonnummern auch*



*getauscht und wir haben uns außerhalb von Heymayat auch getroffen. Spaziergänge gemacht, im Park gewesen (IP1, Pos. 57-64)*

Weiter erzählt er, dass das „*Miteinander reden und sich erzählen, was man so gemacht hat*“ für ihn sehr gut gewesen sei. Dass sie sich von den anderen Teilnehmern bei dem Austausch über ihren Alltag, oder auch über Sorgen und Familien- und Schulproblemen verstanden gefühlt haben, nennen vier der Teilnehmer als wichtigen Punkt der Beziehung zu ihren Peers. Mehrere der Teilnehmer beschreiben die *Stimmung in der Gruppe* als „*sehr gut*“, „*schön*“, und „*gut*“.

**Gemeinsame Aktivitäten.** Das gemeinsame Zeit verbringen im Sinne von zusammen „*Witze machen*“, „*lustige Sachen machen*“, „*mit den Freunden zu spielen so (...)*“, wurde von allen Teilnehmern positiv erwähnt und als wichtiger Teil wahrgenommen. IP2 beschreibt hier genauer:

*„Es war alles gut. Es hat sehr Spaß gemacht. Weil man mit Freunden so gekommen ist, man hat geredet, man hat Spaß gehabt. Da hab ich mich so gut gefühlt.“*

Auch Aktivitäten wie die *Anfangs-* und *Endrunde*, Ausflüge in den Park, das gemeinsame Pizza essen, aber vor allem das gemeinsame Spiel mit den Anderen wurden genannt. Auf diesen wird im Folgenden nun genauer eingegangen.

### **5.2.2 Heilsames Spiel**

Das Spiel in der Gruppe, ob nun in Form von Brett- und Gesellschaftsspielen, Ballspiele, dem Spielen mit Schaumstoffnudeln oder auch andere, von den Teilnehmern selbst entwickelte Spiele wie z.B. ein Parkourspiel, fand in der Gruppe einen starken Anklang. Alle Teilnehmer berichteten davon, wie sehr ihnen verschiedenen Formen des Spiels gefallen und gutgetan haben. Teilnehmer berichten sogar von großer Vorfreude, endlich wieder mit den anderen Teilnehmern oder den Gruppenleiter\*Innen spielen zu können. Auf die durch das Spiel erlernten Aspekte und Symptomreduktionen soll später näher eingegangen werden. Doch einige seien hier bereits erwähnt. Das Spiel ist meist symbolisch zu betrachten. Das Erleben und die Erfahrungen des Minderjährigen spiegeln sich hier wider, mit anderen Worten, das Kind agiert hier seine Erlebenswelt und organisiert so seine Erfahrungen (Eckert et al., 2012; Stumm & Keil, 2014). Dies ist der Grund warum dem Spiel im PZA ein hoher Stellenwert zuteilwird. Es bietet die Möglichkeit in Kontakt zu treten und dem Minderjährigen facilitativ (ermöglichend), Non-Direktiv, Raum zu geben, wertschätzend und empathisch sein Erleben

auszudrücken. Doch auch ein in Interaktion treten seitens der Gruppenleiter\*Innen mit den Teilnehmern wurde berichtet und ist ein wichtiger Teil des PZA. So berichten die Teilnehmer positive Erfahrungen des Spielens sowohl gemeinsam mit den Erwachsenen wie auch nur untereinander. Es gab Unterschiede, wie die Möglichkeit des Spielens genutzt wurde. So wendeten sich manche Teilnehmer gezielt an Gruppenleiter\*Innen um mit diesen zu spielen, andere hingegen organisierten sich untereinander selbst. Auch welche Spiele gewählt wurden unterschied sich. Manche bevorzugten die eher ‚gemächlicheren‘ Gesellschaftsspiele, andere hingegen die körperlich ‚fordernderen‘ ‚aggressiveren‘ Spiele.

**Das gemeinsame Spiel.** Alle Interviewten erzählen wie gut ihnen das Spielen getan habe und wie viel Spaß es ihnen gemacht habe. IP3 erzählt auf die Frage, was ihm allgemein in der Gruppe gefallen hat:

*„Mit den Freunden zu spielen so. Und Basketball, das alles eigentlich. Und Uno (...) Fußball, Basketball, Uno und noch es gibt etwas wie Football ist das und das zu werfen.“ (IP3, Pos. 21 & 93)*

Auch IP2 sagt, er habe besonders gerne gespielt:

*I: „Gibt es etwas, was du besonders gerne machst bei Hemayat?“*

*IP2: „Spielen. Reden auch.“*

*I: „Was spielen?“*

*IP2: „Du weißt schon mit der Sandbox, du weißt schon, Schatzwelt. Uno gemeinsam.“*

Und IP4 erwähnt auf die Frage hin, warum es ihm heute besser gehe wie vor der Gruppe:

*IP4: „Weil ich mit Kindern spielen kann. Ich habe Freunde. Hier man kann spielen die ganze Zeit. Mit jedem.“*

*I: „Es ist gut, dass man mit allen spielen kann? Also es wird dir nicht mal zu viel?“*

*IP4: „Nein. Ich mag abschießen.“*

*I: „Das Ballspiel?“*

*IP4: „Ja. Alle wollen das“*

Allen gemein ist, dass sie das gemeinschaftliche Spiel sehr schätzen und sich hier ausdrücken, mitteilen, abreagieren (im Rahmen) und in Verdingung treten können.

**Humor & Spaß.** Auch hier erwähnen alle sechs Gruppenteilnehmer, dass sie Spaß erlebten während der Gruppe. So erwähnt IP2 „*Ich wollte kommen da. Weil der Raum macht Spaß*“, und zeichnet damit ein Bild, wie es auch von den anderen Interviewpartnern aufgefasst wurde. Die Gruppe bietet die Möglichkeit des ‚Spaß habens‘ in einem sicheren und geschützten Rahmen. Das gemeinsame Witzeln und Albern finden hier, innerhalb gewisser Grenzen, Platz. IP6 meint:

*„Also wir haben da immer zusammen geredet, gespielt und am Ende getrunken und gegessen. Es hat einfach Spaß gemacht.“ (IP6, Pos. 3)*

Es zeigt sich in dieser Kategorie auch ein Unterschied im Spiel mit den anderen Teilnehmern und dem Spiel mit den Gruppenleiter\*Innen. IP1 erzählt, geredet habe er sowohl mit den Erwachsenen wie auch den anderen Teilnehmern gerne, jedoch „*Spaß nur mit den Kindern. Mit Erwachsenen nein, mach ich nich. Ich kann es nicht machen*“. Bei den anderen Interviewpartnern findet hier keine Differenzierung statt. *Das Gemeinsame Spiel* und der *Humor & Spaß* werden sowohl in Bezug auf die Interaktionen mit Erwachsenen als auch auf Interaktionen mit anderen Teilnehmern erwähnt. So zeigte sich während der Gruppe auch stets eine Mischung aus Spielen gemeinsam mit den Gruppenleiter\*Innen und Spielen bei welchem Gruppenleiter\*Innen als ‚Schiedsrichter\*Innen‘, ‚Zuschauer\*Innen‘ oder ‚stille Beobachter\*Innen‘ fungieren.

**Bewegungs-Aspekte.** Als besonderer Aspekt hat sich auch jener Teil des Spielens herausgestellt, welcher auf ein ‚Austoben‘ und ‚Körpereinsatz‘ beim Spielen beinhaltet. So werden jene Spiele die körperlicher sind, wie z.B. Fußball, Merkbball, das Spielen mit Schaumstoffnudeln und ähnliche häufiger explizit genannt. Vor allem Ballspiele und ganz besonders das gelegentliche Fußball spielen im Park wurden stark positiv aufgenommen. IP5 reflektiert, nachdem er sagte, dass vor allem das Spielen ihm guttue und helfe:

*I: Warum glaubst du, hilft dir das?*

*IP5: Dass ich Sport mache. (IP5, Pos. 211-212)*

Das ‚Auspowern‘ scheint also auch ein wichtiger Aspekt des gemeinsamen Spielens zu sein, wurde jedoch nicht von allen Teilnehmern erwähnt.

### 5.2.3 Heilsamer Dialog

Etwa ein Drittel der insgesamt wahrgenommenen positiven Faktoren wurden unter diesem Faktor codiert. Er umfasst sowohl die Dialoge zwischen den Gruppenteilnehmern wie auch jene zwischen Teilnehmern und Leiter\*Innen. Alle sechs Teilnehmer berichten von positiv erlebten und heilsamen Dialogen. Dieser Faktor beinhaltet die Kategorien *Ausdrucksmöglichkeiten*, *Orientierung & Sicherheit*, *Emotionale Unterstützung*, sowie *Lernprozesse & Selbstentfaltung*.

**Ausdrucksmöglichkeiten.** Fünf Teilnehmer berichten davon, wie ihnen die Möglichkeiten in der Gruppe sich auszudrücken und von persönlichen Sorgen und Ängsten, aber auch alltäglichen Situationen zu erzählen, gutgefallen habe. Primär fällt allen fünf der *Raum zu Reden* auf und dieser wird sehr hochgeschätzt. So berichtet ein Teilnehmer, dass Menschen in seinem privaten Umfeld oft keine Zeit haben ihm zuzuhören und mit ihm zu reden. In der Gruppe sei dies jedoch möglich gewesen:

*„Also ich habe auch viel geredet mit meine Eltern. Aber dann waren viele Leute, wo ich mehr reden konnte. Und die konnten mir dann mehr helfen, weil die hatten manchmal keine Zeit, konnten mir nicht helfen. Und da konnte ich viel reden und ich konnte alles sagen was ich sagen wollte. Dann war ich leer.“* (IP2, Pos. 73)

IP1 erzählt, dass ihm in der Gruppe am meisten gefallen hat, dass man *„zusammen sein“* und sich *„mit allen unterhalten“* kann.

Auch der *Selbstaussdruck* stellt ein wichtiges Element des Dialoges dar. Auch hier berichtet IP1, dass ihm *„miteinander unterhalten“* und *„erzählen, was wir an den Feiertagen gemacht haben oder den Ferienzeiten“* Kraft und Sicherheit gegeben habe. IP 2 hat diesen Austausch ähnlich positiv empfunden und meint dieser habe ihm auch erlaubt mit vergangenen Erfahrungen besser umgehen zu können:

*„Also mich hat beruhigt. Ich konnte endlich mit jemandem reden. Weil dann – ich war voll, jetzt bin ich leer. Ich hatte Ruhe.“* (IP2, Pos. 59)

IP4 berichtet, dass er gerne darüber geredet habe, *„was ich so mache“* und auch IP6 erzählt er hätte gerne noch mehr darüber reden können: *„So wie es mir in der Schule geht. In der Schule und so“*.

Einem anderen Teilnehmer war es wichtig seine *eigene Geschichte erzählen* zu können:

*„(...) Habe ich viel geredet. Im Sitzkreis so haben wir geredet, ich hab so meine Geschichte so gesagt und so. Mit euch allen Lehrern. Ich hab euch viel gesagt.“* (IP2, Pos. 65)

IP6 erzählt auch, wie er *durch Reden vergessen* habe. Dies ist ein positiver Effekt der Dialoge innerhalb der Gruppe. Da ihm das Reden erlaubt habe, seine Aggressionen zu vergessen.

*„Ich hab geredet und gespielt jedes Mal. Jede Woche und dann habe ich die Aggressionen vergessen (...) Einfach geredet. Ich hab es dann vergessen.“* (IP6, Pos. 53 & 133)

**Orientierung & Sicherheit.** Diese Kategorie beschreibt, wie die Gruppe und im Besonderen Dialoge innerhalb der Gruppe den Teilnehmern ein Gefühl der Sicherheit und Orientierung vermitteln konnten. Als wichtiger Punkt haben sich hierbei *Vertrauen & Offenheit* herausgestellt:

I: *„Was mochtest du am meisten? (...)“*

IP2: *„Reden. Am besten war das bei mir zum Beispiel. Viele Sachen wollte ich den anderen nicht erzählen. Dann hab ich es aber einfach gesagt. Was mir sehr gefällt, dass ich jemanden vertrauen kann und was sagen kann.“*

Weiter beantwortet IP2 die Frage, was man seiner Meinung nach für ein gutes Leben benötige:

IP2: *„Ich weiß nicht, keine Ahnung. Gute Freunde. Jemandem haben mit dem man immer reden kann, dem man vertrauen kann“.*

I: *„Hat dir da Hemayat ein bisschen geholfen?“*

IP2: *„Ja.“*

*Vertrauen & Offenheit* schaffen in Folge einen *Sicheren Raum*, welcher wiederum weiters emotionales Wachstum der Teilnehmer fördern kann.

Besonders das Reden mit den Gruppenleiter\*Innen wurde mehrfach hilfreich wahrgenommen:

*„Die Erwachsenen haben nur auf mich gehört, da habe nur ich geredet. Bei den Kindern ich weiß nicht.“* (IP2, Pos. 75)

Es habe auch *„Spaß gemacht“* mit den Erwachsenen der Gruppe zu interagieren und zu reden, diese wurden die Teilnehmer *verstehen* und könnten ihnen *helfen*. Auch sei es wichtig den Teilnehmern *Orientierung* zu geben.

**Emotionale Unterstützung.** Hier beschreiben fünf der Teilnehmer vorrangig einen wahrgenommenen Support durch die Gespräche in der Gruppe. Dieser bestehe aus dem Gefühl des *Verstanden Fühlens*, sowie dem Gefühl des *Sorgen Nehmens*. So berichten vier der Teilnehmer mehrmals sich von

Gruppenleiter\*Innen wie auch anderen Teilnehmern verstanden gefühlt zu haben und dies als heilsam und positiv erlebt zu haben. IP2 schildert das *Sorgen Nehmen* folgendermaßen:

*„Mit denen reden, wie da ist und was man machen kann, dass man keine Sorgen machen muss.  
Und wie es da ist.“* (IP2, Pos. 134)

Auch andere Teilnehmer berichten davon wie ihnen Ängste und Sorgen, sowohl bezüglich der Teilnahme der Gruppe wie auch auf externes bezogene, genommen worden sein.

**Lernprozesse & Selbstentfaltung.** Etwa die Hälfte der Teilnehmer konnten auch Neues Lernen. Die Lernprozesse umschließen das *Erlernen der Sprache*, *empathische Kommunikationsentwicklung*, sowie ein *allgemeines Lernen*. Während die Selbstentfaltung ein innerliches *zu Ruhe Kommen* eines Teilnehmers beschreibt.

Das *Erlernen der Sprache* als positiven Punkt beschrieben drei der Teilnehmer, so zum Beispiel IP1:

IP1: *„Ja die Kinder kennengelernt und mit euch auch, habe ich Deutsch gelernt.“*  
I: *„Ah okay. Das heißt es hat dir auch geholfen besser die Sprache zu sprechen.“*  
IP1: *„Ja.“* (IP1, Pos. 28-30)

Die bereits erwähnte *empathische Kommunikationsentwicklung* weist Überschneidungen mit dem, im weiteren Verlauf noch ausführlich geschilderten Faktor der *wahrgenommenen Symptomreduktion & Verbesserung* auf. Daher soll an dieser Stelle nur kurz darauf eingegangen werden. Einige der Teilnehmer berichten davon, wie sie durch die Kommunikation innerhalb der Gruppe, auch Positives außerhalb der Gruppe mitnehmen konnten. So beschreibt IP3 dies so:

*„Ich hab von denen gelernt, ich hab gesagt, wenn jemand sagt, schimpfen gar nichts, es geht selbst zu ihm und noch das ich habe gelernt sei lieb mit dem du spielst. Das ist gut. Wenn du lieb bist, ist das gut.“* (IP3, Pos. 131)

IP6 erzählt, wie er früher Konflikte durch Gewalt gelöst habe und nun andere Möglichkeiten entwickeln haben können:

*„Ja es hat geholfen, darüber zu reden. Dann habe ich begonnen (auch) mit Freunden zu reden (...).“* (IP6, Pos. 166)

Auch ein *allgemeines Lernen* wurde geschildert, bei welchem sich durch den Dialog mit Gruppenleiter\*Innen, neues Wissen angeeignet worden sei.

#### **5.2.4 Beschäftigung**

Ein von zwei Interviewpartnern erwähnter Faktor, welcher positiv wahrgenommen wurde, beinhaltet die *Beschäftigung* und Ablenkung, aber auch die *Verpflichtung*, die eine solche Therapiegruppe mit sich bringt. So biete die Gruppe eine wöchentliche Abwechslung zum gewohnten Alltag, sowie *Struktur*. IP1 antwortet auf die Frage, warum es ihm heute besser ginge als vor der Gruppe:

*„Wir verbringen Zeit miteinander. Statt nur zu Hause zu sitzen und gar nichts zu machen, und nicht zu tun zu haben.“* (IP1, Pos.50)

Weiter erzählt er auf die Frage hin für was er, in der Gruppe, gerne mehr Zeit gehabt hätte:

*„Ja. Ich wollte gerne während den Ferien auch hier in Hemayat für ein paar Stunden kommen. Sonst bleibe ich in meinem Zimmer und schaue nur an die Wand und schlafe.“* (IP1, Pos.90)

Eine andere Form der Beschäftigung wird von IP6 erwähnt. So helfe die Gruppe auch dabei, dass *„die Zeit schneller vergehe“*:

(...)

I: *„Warum würdest du sagen, hat das Spaß gemacht?“*

IP6: *„Weil die Zeit dann schneller vergeht und wie heißt das. Man kann einfach mit denen reden.“*

#### **5.2.5 Wahrgenommene Symptomreduktion und Verbesserung**

Die subjektiv wahrgenommenen Symptomreduzierungen, sowie *allgemeine*, durch die Gruppe erlebte, *Verbesserungen*, sind primär in *Intrapersonelle-* und *Interpersonelle Verbesserungen* unterteilt. Die hier angeführten Kategorien, beinhalten Verbesserungen im Erleben und Verhalten der Teilnehmer, beeinflusst durch die bereits beschriebenen vier Faktoren *Heilsame Beziehungen*, *Heilsames Spiel*, *Heilsamer Dialog* sowie *Beschäftigung*.

**Wahrgenommene Verbesserung.** Alle sechs Teilnehmer berichten davon, dass ihnen die Gruppe geholfen habe und es durch diese zu subjektiv erlebten Verbesserungen gekommen sei. So etwa IP2:

I: *„Und es geht dir besser, seit du hergekommen bist?“*

IP2: *„Ja. Weil die reden mit mir und verstehen was ich meine.“* (IP2, Pos. 46-47)

Auch IP3 berichtet von Fortschritten durch die Gruppentherapie:

I: „Würdest du sagen, geht es dir besser?“

IP3: „Ein bisschen gut. Gut. Geht's gut.“

(...)

IP3: „Besser. Jetzt ist schon besser. Ist schon alles gut jetzt.“

I: „Glaubst du die Gruppe hat geholfen, dass es jetzt besser ist?“

IP3: „Ja geholfen.“

(IP3, Pos. 24-31)

Die Interviewpartner berichten alle, dass ihnen die Gruppentherapie eine Stütze, sowohl im Umgang mit sich selbst wie auch anderen Personen gewesen sei. Dies zeigt sich in den *Intrapersonelle Verbesserungen* wie auch den *Interpersonelle Verbesserungen*.

***Intrapersonelle Veränderungen.*** Vier der Gruppenteilnehmer berichten in den Interviews von positiven Veränderungen ihr Erleben betreffend. Insbesondere hat sich hier die *Entwicklung von Coping-Strategien* hervorgetan. IP2 erzählt, wie er durch „mit denen reden, wie da ist und was man machen kann“ gelernt habe, sich weniger Sorgen zu machen. Und auch IP6 berichtet:

„Ja. Ich rede mit Freunden in der Schule. Ich gehe auch raus mit Freunden und es macht halt Spaß. (...) Ja es hat geholfen, darüber zu reden. Dann habe ich begonnen mit Freunden zu reden und dann habe ich es vergessen.“

(IP6, Pos. 61 & 166)

Bei den *Coping-Strategien* zeigte sich die Unterkategorie *Erlernen von Aggressionskontrolle* als besonders zentral. So berichten mehrere der Teilnehmer, dass sie durch die Interaktionen und die Dialoge in der Gruppe, Wege gefunden haben mit ihrer Aggression besser umzugehen und Probleme nicht mit Gewalt lösen zu müssen. IP4 berichtet von seinem Weg mit der Aggression umzugehen:

IP4: „Früher hab ich mit jedem Problem gehabt. Jetzt nicht mehr.“

I: „Wieso glaubst du?“

IP4: „Bei Hemayat alle sind lustig, schlau. Man muss nicht schlagen.“

I: „Man muss nicht schlagen, sagst du. Das heißt man kann lernen Konflikte anders zu lösen. Okay und wie hast du das gelernt?“

IP4: „Ich hab das Gefühl, früher ich habe alle geschlagen und keine Freunde gehabt und jetzt habe ich das Gefühl ich kann das alles. Viel besser als Streiten.“

(IP4, Pos. 62-66)

(...)

I: „Und wie hast du gelernt, nicht zu schlagen?“



IP4: „Ich habe mit Kindern gespielt und ich habe dann gefühlt, wie es besser ist als schlagen. Also das war früher. Jetzt nicht mehr.“ (IP4, Pos. 70-71)

(...)

I: „Was glaubst du, warum musstest du früher immer schlagen?“

IP4: „Keine Ahnung, ich war aggressiv. Ich wollte jeden schlagen. Ich hatte dieses Gefühl.“

I: „Du hast das jetzt besser unter Kontrolle?“

IP4: „Ja.“

I: „Wie hast du das geschafft?“

IP4: „Wegen Hemayat (...) Durch Erwachsene und Kinder.“ (IP4, Pos. 76-85)

Und auch IP6 beschreibt eine ähnliche Entwicklung bezüglich seines Umgangs mit aggressivem Verhalten:

„Ja es hat geholfen, darüber zu reden. Dann habe ich begonnen mit Freunden zu reden und dann habe ich es vergessen.“ (IP6, Pos. 166)

Eine weitere Unterkategorie stellt die *Selbstreflexion & das Selbstwirksamkeitserleben* da. Hier beschreiben die Interviewpartner verschiedene Vorgänge des Reflektierens und Lernens neuer Introspektionen. IP2 erzählt er habe „*vieles gelernt*“, wie zum Beispiel, „*dass man nett zueinander sein kann*“ und „*wie die Leute waren*“. Er habe auch gesehen, „*wie die Leute sind. Von außen sehen die komplett anders aus als sie innen sind.*“ Auch von Vorgängen des *Vergessens* und des *Verstehens* berichten die Teilnehmer. So berichtet IP3 er habe durch Spielen und Reden manches eher *vergessen* können. Auch IP6 erwähnt das *Vergessen*:

I: „Und wegen den Aggressionen. Warum glaubst du, ist das besser geworden?“

IP6: „Durch reden und spielen, hab ichs vergessen.“ (IP6, Pos. 36-37)

(...)

IP6: „Ich hab geredet und gespielt jedes Mal. Jede Woche und dann habe ich die Aggressionen vergessen.“ (IP6, Pos. 53)

Er betont auch noch weitere Male, dass er durch die Dialoge mit den Gruppenleiter\*Innen und den anderen Teilnehmern seine Aggressionen einfach vergessen habe können. IP2 unterstreicht indessen, dass ihm das Reden geholfen habe sein Gedanken und sein Erleben zu *verstehen*. Er habe so eher verstanden „*was in meinem Kopf los war*“.

Die Hälfte der Teilnehmer haben auch eine *Stärkung der emotionalen Intelligenz* erlebt. Sie berichten davon, wie sie ihre Emotionen teilweise besser verstehen und auch andere Menschen besser verstehen können. IP2 beschreibt dies folgendermaßen:

(...)

IP2: *„Ich weiß nicht. Ich hab vieles gelernt. Dass man nett zueinander sein kann. Wie die Leute waren. Ich habe gesehen, wie die Leute sind. Von außen sehen die komplett anders aus als sie innen sind. Manche Kinder schauen sehr böse aus aber sind innen nett. Andere sehen nett aus, sind aber böse. Manche haben immer Angst, aber sie habe innen von nichts Angst. Es gibt Menschen, die sehen immer nett aus, aber innen drin sind sie immer traurig. (...) Ich hab gelernt wie die Leute sind.“*

I: *„Dass sie anders sein können, als sie aussehen meinst du?“*

IP2: *„Ja.“*

(IP2, Pos. 14-18)

Auch von einem *„Zu Ruhe kommen“* berichten drei der Teilnehmer. Einer der Teilnehmer berichtet, dies sei bei ihm eingetreten, weil er *„endlich mit jemandem reden“* konnte. Er beschreibt:

*„Weil dann – ich war voll, jetzt bin ich leer. Ich hatte Ruhe.“* (IP2, Pos. 59)

Ein anderer Teilnehmer berichtet dies sei eine Folge der Freundlichkeit in der Gruppe, des *„wie Brüder“* Seins, sowie des gemeinsamen Spiels.

**Interpersonelle Veränderungen.** Auch von zwischenmenschlichen Veränderungen erzählen zwei Drittel der Gruppenteilnehmer. Am meisten wird hier der Gewinn an *sozialer Unterstützung*, sowohl der Aufbau wie auch die Nutzung derer, erwähnt. IP4 erzählt hierzu:

*„Ich hab das Gefühl, früher ich habe alle geschlagen und keine Freunde gehabt und jetzt habe ich das Gefühl ich kann das alles. Viel besser als Streiten. Jetzt geht gut. Ich hab Gefühl, wenn du Freunde hast, dann gut geht. (...) Ich habe einen Freund oder (7). Er ist in meiner Klasse. Ich mag ihn und er mag mich.“*

(IP4, Pos. 67)

Und auch IP6 erzählt davon, wie er nun, durch die Gruppe, *„mit Freunden in der Schule“* redet und auch mit diesen rausgeht und Spaß hat. Er würde nun auch *„nicht nur bei Hemayat“* reden, sondern auch *„jeden Tag jetzt mit Freunden“* reden.

*Gewaltfreie Kommunikation* als Unterkategorie wurde ebenfalls mehrmals genannt und findet sich im Zusammenhang mit dem *interpersonellen Erlernen von Aggressionskontrolle*. Jedoch ist es als separate Kategorie zu betrachten, da eben nicht nur gelernt wurde anders mit der eigenen Aggression umzugehen, sondern auch bei eigener oder fremder Aggression zu kommunizieren. Dies beschreibt IP4:

„Ich habe mit Kindern gespielt und ich habe dann gefühlt, wie es besser ist als schlagen. Also das war früher. Jetzt nicht mehr.“ (IP4, Pos. 71)

Und IP3 habe gelernt:

„Ich hab von denen gelernt, ich hab gesagt, wenn jemand sagt, schimpfen gar nichts, es geht selbst zu ihm und noch das ich habe gelernt sei lieb mit dem du spielst. Das ist gut. Wenn du lieb bist, ist das gut.“ (IP3, Pos. 131)

Einer der Teilnehmer berichtet auch, seine *Empathiefähigkeit* habe sich durch das Reden in der Gruppe verbessert. Etwa im Umgang mit Konflikten, aber auch im Allgemeinen Verstehen anderer Menschen.

### 5.3 Herausforderungen

Die Gruppe wurde zwar von allen Teilnehmern positiv, heilsam und hilfreich wahrgenommen und erlebt, jedoch gab es auch einige Herausforderungen die von den Teilnehmern unterschiedlich stark als schwierig empfunden wurden. Zu diesen zählen an erster Stelle *Konflikte*, gefolgt von *Partizipationsherausforderungen*, *Sorgen über die Teilnahme* und *Langeweile*. Es berichten mehr als zwei Drittel der Teilnehmer von Herausforderungen durch Konflikte innerhalb der Gruppe. Etwa 70% aller codierten Segmente der *Herausforderungen* finden sich bei den *Konflikten*. Besonderes Augenmerk muss hier, gerade bei dieser Population, auf die Gefahr der Retraumatisierung geworfen werden. Doch es können auch gemeinsam Möglichkeiten erarbeitet werden, Konflikte zu lösen und aus ihnen zu lernen.

### 5.3.1 Konflikte

**Offener Konflikt.** Fünf der Teilnehmer berichten, dass für sie der schwierigste Aspekt, jener der Konflikte zwischen Teilnehmern war. Dies hätten sie, unabhängig davon, ob sie direkt involviert waren oder nicht, als anstrengend erlebt. Diese Kategorie beinhaltet etwa 60% der codierten Segmente unter Konflikten. IP3 sagt:

I: „Und warum würdest du sagen „ein bisschen gut?“

IP3: „Wegen den Kinder. Die streiten und gehen auf die Nerven.“

(...)

IP3: „Das nervt mich ganze Zeit alles.“

I: „Was nervt dich?“

IP3: „Wenn die Kinder so streiten. Und so.“ (IP3, Pos. 12-59)

Und auch IP6 berichtet von Konflikten als einem negativen Aspekt der Gruppe:

IP6: „Manchmal gibt es Streitereien und manchmal spielen wir einfach nur.“

(...)

I: „Schlecht war wann?“

IP6: „Wenn es Streitereien gab.“ (IP6, Pos. 19-45)

Es erwähnen auch mehrere der Teilnehmer, dass die Konflikte, das Einzige wären, was sie an der Gruppe ändern würden.

**Meinungsverschiedenheit.** Es wurde aber nicht nur von Konflikten berichtet, sondern auch leichtern Meinungsverschiedenheiten. Etwa darüber, welches Spiel gespielt werden solle, oder auch über den Umgang mit Konflikten innerhalb der Gruppe. Diese ‚sanfteren‘ Konflikten, wurden auch einige Male erwähnt, jedoch nicht unbedingt als großes Hindernis wahrgenommen, da sie oft durch das gemeinsame Finden einer Lösung beseitigt werden konnten.

I: „Warum ist dort (manchmal) langweilig?“

IP3: „Wegen die Kinder spielen etwas anderes. Ich will lieber Fußball spielen. Meine manche Freunde, die sind schon weg gegangen.“ (IP3, Pos. 217-218)

**Gefahr der Retraumatisierung.** Ein Punkt bei den Konflikten ist besonders bei der untersuchten Population von Bedeutung. So stellen Konflikte hier, nicht nur einen unangenehmen Teil der Gruppe dar, sondern können als Trigger für in der Vergangenheit Erlebtes sein. IP2 berichtet:

*IP2: „Manchmal war es nicht gut, weil die Kinder Streit gemacht haben. Ich mag keinen Streit mehr. Ich hab was erlebt bei Streit. Deswegen mag ich das nicht mehr. Bei Kämpfen und so.“*

*I: „Das mochtest du nicht.“*

*IP2: „Nein, nicht mehr. Vielleicht bei streiten, schimpfen. Aber nicht so laut schreien und angreifen.“*

(IP2, Pos. 26-28)

Auch IP3 erzählt, dass ihm manchmal die Gruppe „einfach zu viel“ gewesen sei, und er gerne „einfach Pause“ haben wolle.

**Konfliktlösung.** Es finden sich jedoch auch mehrere Ansätze zu einer Lösung von Konflikten bei den Teilnehmern. So etwa *individuelle Ansätze* wie; „falls man etwas Falsches macht, sollte man sich entschuldigen“ als Lösungsansatz von IP1, oder „Ja, kein Streiten und keine Schimpfworte sagen und brav sein“ wie IP3 vorschlägt. Aber auch die *Rolle der Gruppenleiter\*Innen* zur Konfliktlösung wurde betont. So schlägt IP1 vor:

*I: „Und was sollten die Erwachsenen machen, damit man besser mit den Situationen umgeht?*

*IP1: „Die sollten beide stoppen und sie sollten wieder befreundet werden.“*

### **5.3.2 Partizipationsherausforderungen**

Unter diese Kategorie fallen mehrere, von Interviewpartnern erwähnte Schwierigkeiten *die emotionale Investition und Verausgabung*, wie auch den *Zeitlichen Aufwand* betreffend. Hier finden sich Folgen der Konflikte und allgemeine Probleme mit der Anwesenheit in der Gruppe. Etwa die Hälfte der Teilnehmer berichten von Herausforderungen einen dieser Punkte betreffend.

**Emotionale Investition und Verausgabung.** Einige der Teilnehmer haben die Gruppe alles in allem sehr positiv erlebt, jedoch manchmal auch als emotional anstrengend und fordernd.

*„Es war nicht so schlecht. Manchmal war ich müde und wollte nicht gehen. Aber dann bin ich doch gekommen und es hat Spaß gemacht und deswegen war es nicht so schlecht.“*  
(IP2, Pos. 22)

Und IP4 berichtet, wie ihn Konflikte angestrengt hätten:

*IP4: „Aber der andere. Der ist eh normal. Aber der nervt ihn dann und dann beginnt der Streit. Der andere will nicht streiten. Aber er nervt ihn.“*

*I: „Und wie geht es dir damit?“*

*IP4: „Mir geht es ein bisschen nicht gut. Weil er ist mein Freund. Er normal sitzt und der andere ihn nervt. Aber er der F. heißt ist mein Freund. Mich nervt das ein bisschen. Der macht sich immer cool.“*  
(IP4, Pos. 42-44)

Dies gibt auch IP3 wieder und sagt ihn „nerven“ die Kinder manchmal, vor allem, „wenn die Kinder so streiten. Und so“. Dies sei besonders anstrengend für ihn.

**Zeitlicher Aufwand.** Hier berichtet einer der Teilnehmer, davon wie er lieber mit seinen Freunden außerhalb der Gruppe Zeit verbringen wolle, jedoch jede Woche zur Gruppe kommen müsse und so weniger Zeit für seine Freunde habe. Diese ‚Verpflichtung‘ erlebe er als anstrengend, da er lieber mit seinen Freunden spielen wolle und diese auch keine Konflikte untereinander hätten.

*I: „Noch etwas anderes, was schwierig war?“*

*IP3: „Schimpfen und etwas was noch schwierig ist, weil ich immer komme hier. Und ich kann nicht spielen.“*

*I: „Mit deinen Freunden aus der Schule oder wo sind die Freunde her? Woher kennst du die?“*

*IP3: „In dem Heim.“*  
(IP3, Pos. 108-111)

### **5.3.3 Sorgen über Teilnahme**

Zwei der Teilnehmer erwähnen auch, wie sie sich vor Beginn der Gruppe Sorgen über den Ablauf und die anderen Teilnehmer gemacht hätten. IP4 beschreibt seine Sorgen zu Beginn und wie diese dann abnahmen so:

*IP4: „Bevor ich her gekommen bin dachte ich, das sind schlimme Kinder.“*

*I: „Du hattest Bedenken! Aber wie war es dann als du hergekommen bist?“*

*IP4: „Mein Gedanke war falsch.“*

I: „Und was ist passiert, dass du dann nicht mehr die Gedanken hattest.“

IP4: „Ich hab mich beruhigt.“

(IP4, Pos. 17-19, 27-28)

#### **5.3.4 Langeweile**

Einer der Teilnehmer erzählt, dass ihm hin und wieder in der Gruppe langweilig gewesen sei. Dies kann in der Theorie als ein Zeichen für ein nicht in Beziehung stehen sein und Kontaktlosigkeit zur Gruppe sein (Schmid, 1994, 1996). Da dies aber nur von einem Interviewten und auch nur einmalig erwähnt wurde, wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen.

### **5.4 Feedback und Verbesserungsvorschläge**

Die Teilnehmer berichteten auch von Vorschlägen, Ideen und Anregungen wie eine solche Gruppe, ihrer Meinung nach in Zukunft noch besser gestaltet werden könne. Es werden aber auch hier viele Aspekte genannt, welche die Teilnehmer bereits positiv bewerten. Feedback und Verbesserungsvorschläge, lassen sich in Aspekte des *Aufbaus*, die Struktur und Regeln der Gruppe betreffend, der *Rahmenbedingungen*, des *Settings*, sowie des *Umgangs mit Konflikten* unterteilen. Hinsichtlich des *Aufbaus* wünschte sich einer der Teilnehmer, dass sie mehr hätten spielen können, drei der Teilnehmer hätten gerne mehr Raum zum gemeinsamen Reden und gemeinsamen Lösen von Problemen gehabt und zwei Teilnehmern fanden die Aufteilung und Struktur der Gruppe, so wie sie war gut. IP6 sagt:

I: „Hättest du gern mehr geredet?“

IP6: „Ja.“

I: „Worüber hättest du denn gerne mehr geredet?“

IP6: „So wie es mir in der Schule geht. In der Schule und so.“ (IP6, Pos. 96-100)

Auch sonstige Regeln und Strukturen der Gruppe, wie z.B. das gemeinsame Abschluss-Essen in der Gruppe, wurden mehrfach positiv genannt. Hinsichtlich der *Rahmenbedingungen* berichten zwei der Teilnehmer, dass sie gerne häufiger gemeinsam in der Gruppe in Parks gegangen wären. IP1 meint, er fände es gut, wenn er „während den Ferien auch hier in Hemayat für ein paar Stunden“ kommen könne, damit er nicht nur „in meinem Zimmer“ sein müsse und nur „an die Wand“ schauen und „schlafen“ müsse. So können alle „mehr Zeit miteinander“ verbringen.

Hinsichtlich des *Settings*, der Räumlichkeiten, wurde die Aufteilung in mehrere Räume positiv hervorgehoben, da dies den Teilnehmern eine individuellere Gestaltung der Gruppentherapiestunde ermöglichte. Einer der Teilnehmer berichtet auch, dass er noch größere Räumlichkeiten gut fände:

I: (...) „*Was sollte sich in Zukunft ändern, damit die Gruppe anderen Kindern noch besser helfen kann?*“

IP1: „*Falls sie einen größeren Platz für uns finden können.*“

I: „*Mehr Platz (...) oder auch mehr Kinder?*“

I: „*Beides.*“

(IP1, Pos. 130-137)

Im *Umgang mit Konflikten* innerhalb der Gruppe wurde betont, wie wichtig es sei, dass es zu keinen Streitereien komme und falls doch, sollten die Erwachsenen die beiden Teilnehmer voneinander trennen.

## 6. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es die Erfahrungen, durch Gewalt vertriebener Minderjähriger in einer Therapiegruppe zu beleuchten und heilsame Faktoren zu identifizieren. Damit sollte die subjektive (Er)-Lebenswelt dieser Minderjährigen erfasst werden, um so in Zukunft weitere Forschungsmöglichkeiten aufzuzeigen und psychosoziale Angebote anpassen und verbessern zu können. Die interviewten Teilnehmer beschrieben größtenteils positive Erfahrungen mit der Therapiegruppe. So berichten alle Teilnehmer von allgemeiner Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Gruppe. Ebenso hätten alle Teilnehmer Verbesserungen in ihrem eigenen Erleben und Verhalten durch die Gruppe erfahren. Als zentrale positive, heilsame Aspekte identifizieren die Teilnehmer *heilsame Beziehungen*, *heilsames Spiel*, *heilsamer Dialog*, sowie *Beschäftigung*. Sie berichten von wahrgenommenen Symptomreduktionen und Verbesserungen in *intra-* und *interpersonellen* Aspekten. Etwa der *Entwicklung von Coping-Strategien*, *Selbstreflexion und Selbstwirksamkeitserleben* und *Stärkung der emotionalen Intelligenz*. Aber auch *soziale Unterstützung*, *gewaltfreie Kommunikation* und *Empathiefähigkeit* hätten erlernt und verbessert werden können. In Übereinstimmung mit dem PZA kamen heilsamen Beziehungen eine sehr zentrale Rolle in der Arbeit der Gruppe zu (Eckert et al., 2012; Schmid, 1994, 1996). Hier wurde vor allem das *Aufbauen neuer Beziehungen* als positiv erlebt. Sowohl Beziehungen zu den Gruppenleiter\*Innen wie auch den anderen Gruppenteilnehmern, wurden als positiv und hilfreich erfahren und konnten jeweils durch verschieden Aspekte Verbesserungen bewirken. So wurde die *unbedingte positive Beachtung* der Gruppenleiter\*Innen, wie auch ihre



*Unterstützungsfunktion* und *Non-Direktivität*, deren Bedeutung im PZA betont wird, auch von den Teilnehmern positiv und hilfreich erlebt (Stumm & Keil, 2014). Aber auch das *verstanden Fühlen* durch *Zuhören der Gruppenleiter\*Innen* wurde von den Teilnehmern mehrfach als relevant erwähnt. Doch auch die Beziehungen zwischen den Teilnehmern wurden heilsam erlebt. Auch hier wurden das *verstanden Fühlen* und der *Austausch untereinander* hervorgehoben.

Das *Spielen in der Gruppe*, ob nun individuell oder gemeinsam in der Gruppe, habe durch mehrere Aspekte positive Wirkung gezeigt. Das *heilsame Spiel* zeigte sich als der zweitwichtigste Faktor für die Teilnehmer. Hier wurden vor allem der soziale Aspekt, eine gewisse Leichtigkeit im Sein, sowie auch sportliche Bewegungsaspekte genannt.

Als weiterer zentraler Faktor zeigte sich *heilbarer Dialog*. Durch *Ausdrucksmöglichkeiten*, *Orientierung & Sicherheit*, *Emotionale Unterstützung*, sowie *Lernprozesse & Selbstentfaltung* konnten Heilvorgänge unterstützt und Fortschritte erzielt werden. Bei den *Ausdrucksmöglichkeiten* stellten sich vor allem die Möglichkeit, beziehungsweise der *Raum zu Reden*, sowie die Möglichkeit *sich selbst auszudrücken* als zentral heraus. Vertrauen und Offenheit, welche wiederum zur Herstellung eines sicheren Raums führen, wurden auch mehrfach von den Teilnehmern in ihrer Wichtigkeit betont. Hinsichtlich der *emotionalen Unterstützung* berichten einige der Teilnehmer von der gravierenden Wirkung, sich das erste Mal, sowohl von anderen Teilnehmern als auch die Gruppenleiter\*Innen, gehört und *verstanden gefühlt* zu haben.

Auch der Faktor der *Beschäftigung*, sowie die durch die Gruppe gegebene *Struktur* und das gegebene *Commitment* wurden von den Teilnehmern als hilfreich erlebt.

Es habe aber auch *Herausforderungen* gegeben, etwa *offene Konflikte* innerhalb der Gruppe. Diese stellen vor allem eine *Gefahr der Retraumatisierung* für diese spezifische Populationsgruppe dar und sollten als sensibler und relevanter Punkt stets mitgedacht werden. Die Konflikte verursachten jedoch nicht nur Schwierigkeiten. So konnte zum Beispiel auch aus *Meinungsverschiedenheiten* Neues gelernt werden, und auch bei *offenen Konflikten* konnten gemeinsame *Konfliktlösestrategien* in der Gruppe erarbeitet werden. Es wurden auch *Herausforderungen* jenseits von Konflikten berichtet, etwa eine Beanspruchung in Form von *emotionaler Verausgabung* und/oder durch den *zeitlichen Aufwand* der regelmäßigen Teilnahme an der Gruppe. Einer der Teilnehmer berichtete von *Langweile*, was in der Theorie ein als ein Zeichen von Beziehungslosigkeit und nicht im Kontakt mit anderen in der Gruppe stehen gedeutet werden kann (Schmid, 1994, 1996).

Zusammenfassend zeigt sich ein Bild, in welchem die Teilnehmer sehr zufrieden mit der personenzentrierten Therapiegruppe waren, und es konnten heilsame Aspekte dieser Gruppe identifiziert werden. Diese decken sich stark mit den zentralen therapietheoretischen

Kernbedingungen des personenzentrierten Ansatzes. Auch in diesem kommen heilsamen Beziehungen eine der zentralsten Rollen für Veränderungen bei Klient\*Innen zu. Dies deckt sich nicht nur mit zentralen personenzentrierten Werken, sondern auch mit Forschungen von Erfahrenen Praktiker\*Innen des Feldes (Preitler, 2016). Ebenso wurden auch von den Interviewpartnern *Empathie*, *Kongruenz*, insoweit dies möglich ist, und *unbedingte positive Beachtung* erlebt und in den Interviews berichtet.

Als Limitationen dieser Forschung gilt es an erster Stelle die Involviertheit des Forschenden zu nennen. Dadurch, dass bereits vorher Kontakt zu Beziehung zu den Beforschten hergestellt wurde, sowie bereits Kontakt zu *Hemayat* bestand, kann man die Objektivität hinterfragen. Hier ist jedoch wichtig, dass dies im Voraus der Studie lange reflektiert wurde und das Für und Wider abgewägt wurde. Schließlich wurde es als der Studie förderlicher bewertet, dass bereits Information über die Beforschten vorhanden ist, und so Gesagtes leichter verstanden und gedeutet werden konnte, ebenso wie eine bessere Compliance zur Studie und zum Reflektieren während des Interviewprozesses hergestellt werden konnte. Weiter sind die geringere Anzahl an Interviews, sowie deren teils etwas kurze Dauer als Faktoren zu berücksichtigen. Erstere gingen aus zeitlichen und ökonomischen Gründen hervor, während die Dauer der Interviews, zumindest teilweise absichtlich gewählt wurde, um die Gruppenteilnehmer nicht zu sehr zu beanspruchen.

Der personenzentrierte Ansatz, zeigte sich in dieser Studie als effektive Behandlungsform traumatischer Erfahrungen bei durch Gewalt vertriebener Minderjähriger. Zahlreiche Besonderheiten zeigen sich in der Arbeit mit dieser Population, unabhängig von spezifischen Behandlungsansätzen. So etwa verringertes Interesse an Behandlungsangeboten, geringe Motivation oder kulturelle wie auch religiöse Differenzen welche zu einer geringeren Bereitschaft führen können Angebote wahrzunehmen. Geringes Vertrauen in Angebote psychische Gesundheit betreffend, sowie geringes allgemeines Vertrauen in Institutionen (Genç, 2022; Groark et al., 2011; Jarlby et al., 2018; Majumder, 2014; Mesa-Vieira et al., 2022; Neelakantan et al., 2019; Ulrich et al., 2020; Wylie et al., 2018). Majumder (2014) fand auch, dass Behandlungen, welche auf Aktivitäten basieren und soziale Verbindungen stärken, von geflüchteten Personen bevorzugt werden. Für all diese Herausforderungen bietet der *PZA*, durch seine therapeutischen Kernbedingungen, wie Non-Direktivität, der radikal akzeptierenden, empathischen und kongruenten Haltung mit dem Ziel die Aktualisierungstendenz zu (re-)aktivieren und so (Neu-)Strukturierung zu ermöglichen, hervorragende Antworten. Auch die Sensibilität und Behutsamkeit, welche bei durch zwischenmenschliche Gewalt, schwer traumatisierten Minderjährigen von Nöten ist (Gray et al., 2020; Hodes & Vostanis, 2019; MacKenzie et al., 2017), ist im *PZA* bereits in der Theorie verankert. Klient\*Innen können hier unabhängig von Nationalität, Religion und Kultur von sich aus und in ihrem Tempo neue emotional korrigierende

Beziehungserfahrungen sammeln und durch diese verfügbaren Interaktionserfahrungen erste Schritte in eine neue Zukunft gehen.

Doch durch die Non-Direktivität und das einfühlsame Eingehen auf die subjektive Erlebenswelt der Minderjährigen, sind Konflikte innerhalb der Gruppe möglich. Hier ist eine feine Abstimmung nötig, da diese Population, durch ihre Vergangenheit zwischenmenschlicher Gewalt bereits vulnerabilisiert ist. Klare Grenzen von Beginn an aufzuzeigen, und wiederholt einzufordern, auch im Sinne des Kongruenzhandelns der Therapieperson, bei der aktiven Behandlung beginnender Konflikte und sorgsamem Wählens der Gruppengröße können hier viel bewirken und sind unverzichtbar.

Diese Studie konnte zeigen, dass der qualitative Ansatz auch bei Interkulturalität und sprachlichen Barrieren und auch bei dieser spezifischen vulnerablen Zielgruppe gut anwendbar ist. Weiteres zeigt sie wie dringend Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie mit personenzentrierten Ansatz gerade bei dieser Zielgruppe notwendig ist. Es konnten wichtige Wirkfaktoren identifiziert und bestätigt werden und es konnte im Ansatz die Wirksamkeit einer personenzentrierten Gruppentherapie für durch Gewalt vertriebene Minderjährige gezeigt werden. Hier gilt es weiter anzusetzen und weitere qualitative Forschungen, quantitative Follow-Up Studien mit größeren Fallzahlen und Mixed-Method Ansätze versprechen auf Basis der vorliegenden Studie neue Erkenntnisse (Przyborski, 2021). Bezüglich des personenzentrierten Ansatzes wurde auch die Frage der Non-Direktivität vs. Präsenz beziehungsweise dem klaren Grenzen setzen und der Authentizität der Therapieperson aufgegriffen (Schmid, 1994, 1996). Auch dieser Frage, sollte in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden.

Diese Studie konnte erste Schritte gehen, um die Wirksamkeit des personenzentrierten Ansatzes in einer Gruppentherapie für durch Gewalt vertriebener Minderjähriger zu zeigen und um die Schicksale der von Krieg Folter betroffenen Kinder aus dem Schatten der Welt zu holen.

## Anhang

### ***Abstrakt (Englisch)***

In these times, we receive daily reports of wars and conflicts, and more people than ever before are being forcibly displaced from their home countries. Those minors who have experienced the devastating consequences of violent conflicts, war and torture first-hand and are still experiencing them today deserve special attention. Experiencing and witnessing extreme violence at an early age has consequences for the mental, physical and social health and further development of these minors. Of the many existing treatment concepts for the psychological sequelae that are often found in this group, person-centred group therapy has so far been little researched. In theory, however, it offers many opportunities to provide effective help for this specific target group. In order to investigate this, qualitative semi-structured guided interviews were conducted with the participants at the end of a person-centred group therapy for minors in a treatment centre for survivors of war and torture. The aim was to identify their experiences in and with the group as well as healing factors of the therapy. The majority of participants had a positive experience of the group and self-perceived improvements and symptom reductions. Healing relationships, healing dialogue, healing play and occupation were identified as healing factors. Challenges were also reported, primarily due to conflicts within the group and how to deal with these. Overall, a picture emerges of the person-centred approach as an effective form of treatment for this specific population group. Due to its openness to the client's world of experience, the possibility of (re)activating the actualisation tendency with all its functions through the therapist's congruent actions and the focus on relationships, this approach offers a form of therapy that is also accepted and can offer support in cases of early experiences of extreme violence and when working with minors from other language and cultural backgrounds.

**Tabelle 1**

| <b>Interviewteilnehmer</b> | <b>Herkunftsland</b> | <b>Sprache</b>   | <b>Alter</b> |
|----------------------------|----------------------|------------------|--------------|
| IP1                        | Syrien               | Arabisch         | 13           |
| IP2                        | Afghanistan          | Farsi/Deutsch    | 11           |
| IP3                        | Afghanistan          | Farsi/Deutsch    | 11           |
| IP4                        | Syrien               | Arabisch/Deutsch | 11           |
| IP5                        | Irak                 | Kurdisch/Deutsch | 12           |
| IP6                        | Afghanistan          | Dari/Deutsch     | 12           |

## **Proband\*Innen Information (Deutsch, Arabisch, Farsi/Dari)**

### **Studie: Erfahrungen geflüchteter Minderjähriger in einer Therapiegruppe für Kriegs- und Folterüberlebende**

Liebe(r) Teilnehmer\*in, sowie deren Erziehungsberichtigte,

ich lade dich herzlich ein, an der oben genannten Studie des Instituts für Psychologie der Entwicklung und Bildung teilzunehmen. Deine Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Du kannst jederzeit, ohne Angabe von Gründen, deine Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder im Verlauf oder nach Abschluss der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für dich.

Die Studie ist **unabhängig von rechtlichen oder juristischen Prozessen** (zum Beispiel Asylverfahren), sowie von jeglichen *Hemayat* internen Prozessen. Eine Teilnahme oder Ablehnung der Teilnahme hat **keine Auswirkung auf den Zugang zu Behandlungsangeboten von Hemayat**.

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass du, beziehungsweise Sie als Erziehungsberechtigte Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären.

Bitte lies den folgenden Text sorgfältig durch und zögere nicht, Fragen zu stellen.

Bitte gib nur die Einwilligungserklärung,

- wenn Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden wurden,
- wenn du bereit bist, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn du dir über Rechte als Teilnehmer\*in an dieser Studie im Klaren bist.

#### **1. Was ist eine Studie? Warum wird dieses Projekt durchgeführt?**

Durch Studien suchen wir nach Antworten auf Fragen. Durch diese möchte ich wissen, wie zukünftige Therapiegruppen anderen jungen Menschen mit ähnlichen Erfahrungen, noch effektiver helfen können.

#### **2. Warum wurde ich gefragt, ob ich teilnehmen möchte?**

Du wurdest gebeten, mir bei der Studie zu helfen, da du bereits Erfahrung mit Gruppen hast und damit ich herausfinden kann, was deiner Meinung nach im Bereich der psychischen Gesundheit geändert werden sollte.

#### **3. Wie läuft die Studie ab?**

Wenn du dich entscheidest, mir bei der Studie zu helfen, werde ich mit dir nach dem Abschluss dieser Gruppe über deine Erfahrungen in der Gruppe und bei *Hemayat* sprechen.

Am Ende des Gesprächs wirst du gefragt, ob du mir noch etwas über deine Erfahrungen mit der Behandlung erzählen möchtest, was bisher noch nicht besprochen wurde oder was du denkst was anderen Kindern helfen würde.

Wenn du mit mir sprichst, werden wir unser Gespräch mit einem Tonbandgerät aufzeichnen, um sicherzustellen, dass ich mich an alles erinnern kann, was du mir sagst. Du brauchst keine Angst zu haben, etwas Falsches zu sagen, denn es gibt keine

richtigen oder falschen Antworten auf die Fragen. Ich möchte nur wissen, was du denkst, und das schließt sowohl positive als auch negative Erfahrungen ein.

#### **4. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?**

Ziel dieser Studie ist es nicht, einzelnen Jugendlichen kurzfristig zu helfen, aber die Hoffnung ist, dass die Ergebnisse dabei helfen werden, vielen Jugendlichen in der Zukunft noch besser helfen zu können.

#### **5. Gibt es Risiken bei der Durchführung der Studie und ist mit Beschwerden oder anderen Begleiterscheinungen zu rechnen?**

Ich werde versuchen, keine beunruhigenden oder traurig machende Fragen zu stellen. Wenn eine Frage dabei sein sollte, die du nicht beantworten möchtest, kannst du mir einfach sagen, dass du diese Frage nicht beantworten möchtest.

#### **6. Hat die Teilnahme an der Studie sonstige Auswirkungen? Wie werden die Daten verwendet?**

Niemand wird außer mir wissen, dass du an der Studie teilnimmst. Außer einem Dolmetscher, der uns bei der Teilnahme an der Studie begleiten würde, falls er benötigt wird. Andere Personen werden nur dann von deiner Teilnahme erfahren, wenn du es ihnen sagst. Wenn du mir Namen von Freunden oder Familienmitgliedern nennst, werden ich diese Namen in der Arbeit nicht verwenden.

Beim Schreiben der Forschungsarbeit, werde ich möglicherweise einige der Worte verwenden, die du mir während des Interviews gesagt hast, aber niemand wird wissen, wer diese Worte gesagt hat. Nur wenn du mir etwas Besorgliches erzählst, das für deine Sicherheit oder die Sicherheit anderer wichtig ist, werden ich diese Informationen an die zuständigen Personen weitergeben, z. B. an einen behandelnden Therapeut\*in.

#### **7. Was ist zu tun beim Auftreten von Beschwerdesymptomen, wenn etwas schief geht, oder ich mich unwohl fühle?**

Wenn du dich unwohl fühlst oder deine Meinung änderst und beschließt, dass du nicht mehr an der Studie teilnehmen möchtest, ist das in Ordnung. Du kannst mir jederzeit sagen, dass du die Studie beenden möchtest, und du musst nicht mehr mit mir sprechen.

#### **8. Entstehen für die Teilnehmer\*innen Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?**

Ich versuche möglichst, dass wir das Gespräch parallel zu von *Hemayat* geplanten Elterngesprächen führen können. Sollte dies nicht möglich sein, übernehme ich gerne anfallende Fahrtkosten.

#### **9. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Bitte wende dich an die Studienleitung, falls du weitere Fragen im Zusammenhang mit der Studie haben solltest. Fragen, die deine Rechte als Teilnehmer\*in an der Studie betreffen, werden selbstverständlich beantwortet:

**Projektleiter\*in:** Luca Sax, E-Mail: [luca.sax@web.de](mailto:luca.sax@web.de), Tel.: XXX

#### **Einwilligungserklärung**

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben: .....

Geb. Datum: .....

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „*Erfahrungen geflüchteter Minderjähriger in einer Therapiegruppe für Kriegs- und Folterüberlebende*“ teilzunehmen.

Ich bin von „...Luca Sax.....“ ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer\*Innen Information und Einwilligungserklärung gelesen, insbesondere den 5. und 7. Abschnitt (Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?). Aufgetretene Fragen wurden mir von der Studienleitung verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde die Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies jeder Zeit mündlich bei der Versuchsleitung veranlassen.

Ich stimme zu, dass meine Daten in anonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer nur der Projektleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller Standards gesichert ist.

Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich oder telefonisch ohne Angabe von Gründen bei Luca Sax (SaxL@univie.ac.at,) veranlassen.

Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Eine Kopie dieser Teilnehmer\*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.....  
(Datum und Unterschrift des\*der Teilnehmer\*in bzw. eines Erziehungsberechtigten)



## ***Interviewleitfaden***

### A. Vorstellung/Begrüßung/Einleitung

### B. Allgemeine Erfahrung mit Hemayat

- Kannst du mir von deiner Erfahrung bei *Hemayat* erzählen?  
Eindruck/Sicht/Erleben/Erlebnis
- Erzähl mir bitte, wie du deine Zeit bei *Hemayat* erlebt hast?  
erfahren/wahrnehmen/
- Was denkst du über die Kindergruppe?  
Meinung/Gedanken
- Wie war die Stimmung in der Gruppe für dich?  
Laune/Atmosphäre/Gefühl/Feeling
- Würdest du sagen, dass es dir heute besser geht?  
Als früher/Wegen Hemayat?

### C. Stärken

- Mich würde interessieren was dir geholfen hat.  
Vor allem wie *Hemayat* helfen kann, mit den Schwierigkeiten der derzeitigen Situation  
Problemen/zu leben/ Herausforderungen/  
bzw. der Vergangenheit umzugehen?  
Was hat am meisten geholfen in deiner Zeit, in der du zu Hemayat gekommen bist?  
Hilfe/Kraft/Schutz/Beitrag/Sicherheit/Beistand/Erleichterung/Stütze  
Was hat dir, in Bezug auf deinen Alltag, am meisten geholfen?  
Spielen/Reden/Ablenken/Vergessen/Verarbeiten/Rat/Entlastung
- Was hast du als Unterstützung wahrgenommen?
- Was hast du besonders gerne in der Gruppe gemacht?  
Spielen/Reden/Ablenken/Vergessen/Verarbeiten

### D. Hindernisse / Schwächen / Lücken

- Was hat dir nicht so gut an der Gruppe gefallen?  
Kritik/Blöd/Ungut/Angst/Stress
- Was hättest du gerne mehr gemacht bzw. unternehmen können?  
Reden/Spielen/Kunst/Rat/VVA
- Worüber hättest du gerne mehr sprechen können?  
Themen/Vergangenheit/Gegenwart/Zukunft
- Wofür hättest du gerne mehr Zeit gehabt?
- Was war für dich schwierig/ Was war für dich eine Herausforderung?  
Anstrengend/Zu viel/Kinder vs. Erwachsene

### E. Beziehungen

- Wie war es für dich mit den anderen Kindern?
- Hattest du das Gefühl, dass die anderen Kinder dich verstanden haben?  
bemerkt/wahrgenommen/erkannt
- Wie war es für dich mit den Erwachsenen?  
Empathie, Vertrauen, Verständnis und Offenheit
- Hattest du das Gefühl, dass die Erwachsenen dich verstanden haben?
- Wenn du an Gespräche in der Gruppe denkst, sind dir da einige besonders im Kopf geblieben?

#### F. Verbesserungen

- Was sollte sich in Zukunft ändern, damit die Gruppe anderen Kindern, mehr helfen kann?
- Was denkst du, hilft Kindern, die gerade bei *Hemayat* (/AT) ankommen?
- Wie kann man Kindern, helfen sich sicher zu fühlen?
- Was braucht man, um gut hier leben zu können?
- Wie kann *Hemayat* da noch besser helfen?

#### G. Ende / weitere Behandlung / Rückfragen / weitere Schritte der Studie / Abschied

- Möchtest du gerne in Zukunft weiter an der Gruppe teilnehmen?
- Möchtest du noch etwas sagen, was ich bisher nicht gefragt hab / Worauf wir nicht zu sprechen gekommen sind?
- Wenn du einen Wunsch freihättest, was würdest du dir wünschen?

#### Nachfragen:

- Zu 1. Vom ersten Kontakt bis heute.
- Zu 4. Konnte man da offen reden?
- Zu 5. Wenn ja warum“?
- Zu 7. Warum?
- Zu C Vergessen, Verarbeiten, Ablenken; Was hat *Hemayat* gemacht, was wurde gefördert?

## Literaturverzeichnis

- Agbaria, N., Petzold, S., Deckert, A., Henschke, N., Veronese, G., Dambach, P., Jaenisch, T., Horstick, O., & Winkler, V. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder among Palestinian children and adolescents exposed to political violence: A systematic review and meta-analysis. In *PLoS ONE* (Bd. 16, Nummer 8 August 2021). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256426>
- Akthar, Z., & Lovell, A. (2019). Art therapy with refugee children: a qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 24(3), 139–148. <https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1533571>
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. In *British Journal of Psychiatry* (Bd. 204, Nummer 5, S. 335–340). Royal College of Psychiatrists. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 TM guidebook the essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* (5th ed.). Washington, Dc American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2017). Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults Adopted as APA Policy PTSD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment.
- Amnesty International. (1997). *Amnesty International report*. London: Amnesty International Publications
- Andermahr, S. (2015). “Decolonizing Trauma Studies: Trauma and Postcolonialism” —Introduction. *Humanities*, 4(4), 500–505. <https://doi.org/10.3390/h4040500>
- Armitage, R. (2022). War in Ukraine: the impacts on child health. In *British Journal of General Practice* (Bd. 72, Nummer 719, S. 272–273). Royal College of General Practitioners. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X719621>
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. In *Medicine, conflict, and survival* (Bd. 25, Nummer 1, S. 4–19). <https://doi.org/10.1080/13623690802568913>
- Axline, V. M. (1989). *Play therapy*. Churchill Livingstone.
- Bager, L., Agerbo, E., Skipper, N., Høgh Thøgersen, M., & Laursen, T. M. (2020). Risk of psychiatric diagnoses in children and adolescents of parents with torture trauma and war trauma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(4), 307–318. <https://doi.org/10.1111/acps.13203>
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing Psychological Distress, Traumatic Stress Reactions, and Experiences of Unaccompanied Refugee Minors With Experiences of Adolescents Accompanied by Parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288–297. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93>
- Behr, M. (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe.

- Bendavid, E., Boerma, T., Akseer, N., Langer, A., Malembaka, E. B., Okiro, E. A., Wise, P. H., Heft-Neal, S., Black, R., Bhutta, Z., Blanchet, K., Gaffey, M., Spiegel, P., Waldman, R., & Wise, P. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. In *The Lancet* (Bd. 397, Nummer 10273, S. 522–532). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Birman, D., Lee, R., Ellis, B. H., & Layne, C. M. (2017). Comparing Trauma Exposure, Mental Health Needs, and Service Utilization Across Clinical Samples of Refugee, Immigrant, and U.S.-Origin Children. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 209–218. <https://doi.org/10.1002/jts.22186>
- Birch, D. (2023). Mental and Behavioural Health Issues Affecting Young Refugees and Asylum Seekers. *Current Pediatrics Reports*. <https://doi.org/10.1007/s40124-023-00283-6>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003388.pub4>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In *PLoS Medicine* (Bd. 17, Nummer 9). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bozarth, J. D. (1991). Actualization: A Functional Concept in Client-Centered Therapy. *Journal of Social Behavior and Personality*.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory: Bd. 2. Auflage*.
- Brisch, K. H., Hilmer, C., Oberschneider, L., & Ebeling, L. (2018). Attachment disorders. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 166(6), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s00112-018-0465-7>
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. In *Clinical Child and Family Psychology Review* (Bd. 14, Nummer 1, S. 44–56). <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- Chipalo, E. (o. J.). *Is Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) Effective in Reducing Trauma Symptoms among Traumatized Refugee Children? A Systematic Review*. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00370-0/Published>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. In *Psychotherapy* (Bd. 41, Nummer 4). <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Cowling, M. M., & Anderson, J. R. (2023). The effectiveness of therapeutic interventions on psychological distress in refugee children: A systematic review. In *Journal of Clinical Psychology*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/jclp.23479>
- Cox, J., Davies, D. R., Burlingame, G. M., Campbell, J. E., Layne, C. M., & Katzenbach, R. J. (2007). Effectiveness of a trauma/grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 319–345. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.3.319>

- Cummings, K. P., Addante, S., Swindell, J., & Meadan, H. (2017). Creating Supportive Environments for Children Who have had Exposure to Traumatic Events. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2728–2741. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0774-9>
- Dangmann, C., Dybdahl, R., & Solberg, Ø. (2022). Mental health in refugee children. In *Current Opinion in Psychology* (Bd. 48). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101460>
- Daud, A., af Klinteberg, B., & Rydelius, P. A. (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-7>
- De Haene, L., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Holding harm: Narrative methods in mental health research on refugee trauma. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1664–1676. <https://doi.org/10.1177/1049732310376521>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. ten, Feeny, N., Rauch, S. A. M., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., van der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L. M. J., & Rosner, R. (2016). CRITICAL ANALYSIS OF THE CURRENT TREATMENT GUIDELINES FOR COMPLEX PTSD IN ADULTS. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Demazure, G., Baeyens, C., & Pinsault, N. (2021). Review: Unaccompanied refugee minors' perception of mental health services and professionals: a systematic review of qualitative studies. In *Child and Adolescent Mental Health*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/camh.12486>
- Devakumar, D., Birch, M., Osrin, D., Sondorp, E., & Wells, J. C. (2014). *The intergenerational effects of war on the health of children*. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/57>
- Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. In *Child: Care, Health and Development* (Bd. 38, Nummer 2, S. 153–161). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x>
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., & Höger, D. (2012). Gesprächspsychotherapie. In *Gesprächspsychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-28650-6>
- Fazel, M., Reed, R., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. In *www.thelancet.com* (Bd. 379). [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- Feder, A., Costi, S., Rutter, S. B., Collins, A. B., Govindarajulu, U., Jha, M. K., Horn, S. R., Kautz, M., Corniquel, M., Collins, K. A., Bevilacqua, L., Glasgow, A. M., Brallier, J., Pietrzak, R. H., Murrough, J. W., & Charney, D. S. (2021). A randomized controlled trial of repeated ketamine administration for chronic posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 178(2), 193–202. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050596>
- Ford, J. D., Gagnon, K., Connor, D. F., & Pearson, G. (2011). History of interpersonal violence, abuse, and nonvictimization trauma and severity of psychiatric symptoms among children in outpatient psychiatric treatment. In *Journal of Interpersonal Violence* (Bd. 26, Nummer 16, S. 3316–3337). <https://doi.org/10.1177/0886260510393009>
- Gahleitner, S. (2005). *Neue Bindungen wagen: personzentrierte und beziehungsorientierte Therapie bei komplexer Traumatisierung*.

- Genç, E. (2022). The effectiveness of trauma treatment approaches in refugee children and adolescents: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 141. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2022.106602>
- Golm, D., Maughan, B., Barker, E. D., Hill, J., Kennedy, M., Knights, N., Kreppner, J., Kumsta, R., Schlotz, W., Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Why does early childhood deprivation increase the risk for depression and anxiety in adulthood? A developmental cascade model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 61(9), 1043–1053. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13205>
- Gray, H., Stern, M., & Dolan, C. (2020). Torture and sexual violence in war and conflict: The unmaking and remaking of subjects of violence. *Review of International Studies*, 46(2), 197–216. <https://doi.org/10.1017/S0260210519000391>
- Groark, C., Sclare, I., & Raval, H. (2011). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 421–442. <https://doi.org/10.1177/1359104510370405>
- Hageman, J. R., & Alkureishi, L. A. (2021). The effects of armed conflict on children. In *Pediatric Annals* (Bd. 50, Nummer 10, S. e396–e397). Slack Incorporated. <https://doi.org/10.3928/19382359-20210918-01>
- Hodes, M., Vasquez, M. M., Anagnostopoulos, D., Triantafyllou, K., Abdelhady, D., Weiss, K., Koposov, R., Cuhadaroglu, F., Hebebrand, J., & Skokauskas, N. (2018). Refugees in Europe: national overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Bd. 27, Nummer 4, S. 389–399). Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1094-8>
- Hodes, M., & Vostanis, P. (2019). Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Bd. 60, Nummer 7, S. 716–731). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13002>
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration-Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung Pseudo-exploration-Thoughts on the techniques of qualitative interviews in social research. In *Jg* (Bd. 7).
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). *Articles The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis*. [www.thelancet.com/](http://www.thelancet.com/)
- Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. In *Canadian Journal of Psychiatry* (Bd. 63, Nummer 5, S. 297–303). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (1998). *World disaster report 1998*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). *Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models* (Bd. 15, Nummer 1)
- Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered Assumptions*. Simon and Schuster.

- Jarlbry, F., Goosen, S., Derluyn, I., Vitus, K., & Jervelund, S. S. (2018). What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile? *European Journal of Pediatrics*, 177(12), 1767–1774. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3249-0>
- Jensen, T. K., Skar, A. M. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(12), 1671–1682. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. B. M., & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>
- Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Komproe, I. H., & De Jong, J. V. T. M. (2009). Systematic review of evidence and treatment approaches: Psychosocial and mental health care for children in war. In *Child and Adolescent Mental Health* (Bd. 14, Nummer 1, S. 2–14). <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00515.x>
- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (Bd. 77, Nummer 1, S. 101–119). <https://doi.org/10.1348/147608304322874281>
- Kadir, A., Shenoda, S., & Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. In *PLoS ONE* (Bd. 14, Nummer 1). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>
- Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J., & Pitterman, S. (2023). *The Effects of Armed Conflict on Children*. [http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/142/6/e20182586/1075891/peds\\_20182586.pdf](http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/142/6/e20182586/1075891/peds_20182586.pdf)
- Kavemann, B., Graf-van Kesteren, A., Rothkegel, S., & Nagel, B. (2016). Erinnern, Schweigen und Sprechen nach sexueller Gewalt in der Kindheit. In *Erinnern, Schweigen und Sprechen nach sexueller Gewalt in der Kindheit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-10510-5>
- Killian, T., Cardona, B., & Hudspeth, E. F. (2017). Culturally responsive play therapy with Somali refugees. *International Journal of Play Therapy*, 26(1), 23–32. <https://doi.org/10.1037/pla0000040>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., De Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. In *Psychological Medicine* (Bd. 47, Nummer 13, S. 2260–2274). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kotsioni, I., Ponthieu, A., & Egidi, S. (2013). Health at risk in immigration detention facilities. *Oxford: Refugee Studies Centre, Oxford Department of International Development Forced migration review*, 2013 (44), , 44, 11–13. [www.msf.org](http://www.msf.org)
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*.

- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- MacKenzie, M. J., Bosk, E., & Zeanah, C. H. (2017). Separating Families at the Border — Consequences for Children's Health and Well-Being. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2314–2315. <https://doi.org/10.1056/nejmp1703375>
- Majumder, P. (2014). *Unaccompanied Refugee Minors' Experiences of Mental Health Services*.
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2010). The psychological impact of forced displacement and related risk factors on Eastern Congolese adolescents affected by war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1096–1104. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02241.x>
- Mesa-Vieira, C., Haas, A. D., Buitrago-Garcia, D., Roa-Diaz, Z. M., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Gomez, D., Lewis, M., Gonzalez-Jaramillo, W. C., Pahud de Mortanges, A., Buttia, C., Muka, T., Trujillo, N., & Franco, O. H. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(5), e469–e481. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5)
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129–138. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000172>
- Mitra, R., & Hodes, M. (2019). Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. In *Child: Care, Health and Development* (Bd. 45, Nummer 2, S. 198–215). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/cch.12640>
- Neelakantan, L., Hetrick, S., & Michelson, D. (2019). *Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Adolescents: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research*.
- Neugebauer, R., Fisher, P. W., Turner, J. B., Yamabe, S., Sarsfield, J. A., & Stehling-Ariza, T. (2009). Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *International Journal of Epidemiology*, 38(4), 1033–1045. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn375>
- Neugebauer, R., Turner, J. B., Fisher, P. W., Yamabe, S., Zhang, B., Neria, Y., Gameroff, M., Bolton, P., & MacK, R. (2014). Posttraumatic stress reactions among Rwandan youth in the second year after the genocide: Rising trajectory among girls. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(3), 269–279. <https://doi.org/10.1037/a0035240>
- Opaas, M., Wentzel-Larsen, T., & Varvin, S. (2020). The 10-year course of mental health, quality of life, and exile life functioning in traumatized refugees from treatment start. *PLoS ONE*, 15(12 December). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244730>
- Østern, T. P., Jusslin, S., Nødtvedt Knudsen, K., Maapalo, P., & Bjørkøy, I. (2021). A performative paradigm for post-qualitative inquiry. *Qualitative Research*. <https://doi.org/10.1177/14687941211027444>



- Payne, A., Liebling-Kalifani, H., & Joseph, S. (2007). Client-centred group therapy for survivors of interpersonal trauma: A pilot investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 100–105. <https://doi.org/10.1080/14733140701343799>
- Peyrovian, B., McIntyre, R. S., Phan, L., Lui, L. M. W., Gill, H., Majeed, A., Chen-Li, D., Nasri, F., & Rosenblat, J. D. (2020). Registered clinical trials investigating ketamine for psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 127, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.020>
- Pine, D. S., Costello, J., & Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30(10), 1781–1792. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300814>
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Rafieifar, M., & Macgowan, M. J. (2022). A Meta-Analysis of Group Interventions for Trauma and Depression Among Immigrant and Refugee Children. *Research on Social Work Practice*, 32(1), 13–31. <https://doi.org/10.1177/10497315211022812>
- Read, J. C. (2008). Validating the Fun Toolkit: An instrument for measuring children’s opinions of technology. *Cognition, Technology and Work*, 10(2), 119–128. <https://doi.org/10.1007/s10111-007-0069-9>
- Riber, K. (2017). Trauma complexity and child abuse: A qualitative study of attachment narratives in adult refugees with PTSD. *Transcultural Psychiatry*, 54(5–6), 840–869. <https://doi.org/10.1177/1363461517737198>
- Rogers, C. R. (1959). The Way to Do is to Be. *Contemporary Psychology: A Journal of Reviews*, 4(7), 196–198. <https://doi.org/10.1037/006081>
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin Co.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A Prospective Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims. In *Journal of Traumatic Stress (Vol. 5)*.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437–445. <https://doi.org/10.1002/jts.20548>
- Ryan, R., Berry, K., & Hartley, S. (2021). Review: Therapist factors and their impact on therapeutic alliance and outcomes in child and adolescent mental health – a systematic review. In *Child and Adolescent Mental Health*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/camh.12518>
- Schellong, J., Ulrich Frommberger, Liebermann, P., Bering, R., & Ingo Schäfer. (2020). Pharmakotherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 14(2), 102–111. <https://doi.org/10.21706/tg-14-2-102>
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie - Solidarität und Autonomie*.
- Schmid, P. F. (1996). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis - Die Kunst der Begegnung*.
- Shenoda, S., Kadir, A., Pitterman, S., Goldhagen, J., & Gandhi, M. (2018). *The Effects of Armed Conflict on Children*. [http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/142/6/e20182585/1075973/peds\\_20182585.pdf](http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/142/6/e20182585/1075973/peds_20182585.pdf)

- Shonkoff, J. P. (2014). Excessive stress disrupts the development of brain architecture: National Scientific Council on the Developing Child. *Journal of Children's Services*, 9(2), 143–153. <https://doi.org/10.1108/JCS-01-2014-0006>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood, D. L., High, P. C., Donoghue, E., Fussell, J. J., Gleason, M. M., Jaudes, P. K., Jones, V. F., Rubin, D. M., Schulte, E. E., Macias, M. M., Bridgemohan, C., Fussell, J., ... Wegner, L. M. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Silverstein, L. B., Auerbach, C. F., & Levant, R. F. (2006). Using qualitative research to strengthen clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4), 351–358. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.4.351>
- Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(6), 950–965. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>
- Spiller, T. R., Schick, M., Schnyder, U., Bryant, R. A., Nickerson, A., & Morina, N. (2016). Somatisation and anger are associated with symptom severity of posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers. *Swiss medical weekly*, 146, w14311. <https://doi.org/10.4414/smw.2016.14311>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *Journal of the American Medical Association*, 302, 537–549.
- Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Harding, C. E., & Theorell, T. (2016). The Psychological Consequences of Pre-Emigration Trauma and Post-Migration Stress in Refugees and Immigrants from Africa. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 523–532. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0478-z>
- Stumm, G., & Keil, W. (2014). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (G. Stumm & W. W. Keil, Hrsg.). Springer Vienna. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1610-4>
- Suhaiban, H. A., Grasser, L. R., & Javanbakht, A. (2019a). Mental health of refugees and torture survivors: A critical review of prevalence, predictors, and integrated care. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Bd. 16, Nummer 13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132309>
- Suhaiban, H. A., Grasser, L. R., & Javanbakht, A. (2019b). Mental health of refugees and torture survivors: A critical review of prevalence, predictors, and integrated care. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Bd. 16, Nummer 13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132309>
- Summerfield, D. (2000). Conflict And Health: War And Mental Health: A Brief Overview. In *Conflict And Health: War And Mental Health: Journal* (Bd. 321, Nummer 7255). <https://www.jstor.org/stable/25225155>
- The Heidelberg Institute for International Conflict Research. (2023). *Conflict Barometer 2022*. [www.hiik.de](http://www.hiik.de)
- Trudy Mooren, M. S. (2015). *Diagnosing and Treating Complex Trauma*.

- Ulrich, H. S., Kohler, E., Fach, E. M., Spallek, J., Richter, M., & Mlinarić, M. (2020). Healthcare needs among unaccompanied minor refugees: a study protocol of a qualitative study explaining access and utilisation across place and gender. *BMJ open*, 10(9), e038882. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038882>
- UNHCR. (2009). *GUIDELINES ON INTERNATIONAL PROTECTION: Child Asylum Claims under Articles 1(A)2 and 1(F) of the 1951 Convention and/or 1967 Protocol relating to the Status of Refugees*. <http://www.unhcr.org/refworld/docid/453780fe0.html>;
- UNHCR. (2022a). *GLOBAL TRENDS FORCED DISPLACEMENT IN 2021*.
- UNHCR. (2022b). *The stories behind the numbers*.
- UNICEF. (2021). *State of the world's children 2021 : on my mind promoting, protecting and caring for children's mental health*.
- United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights. (2022). *Istanbul Protocol : manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*.
- Velu, M. E., Martens, I., Shahab, M., de Roos, C., Jongedijk, R. A., Schok, M., & Mooren, T. (2022). Trauma-focused treatments for refugee children: study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of KIDNET versus EMDR therapy versus a waitlist control group (KIEM). *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06178-z>
- VERBI Software. (2021). MAXQDA 2022 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from [maxqda.com](http://maxqda.com)
- Visser, I. (2018). Trauma in non-western contexts. In *Trauma and Literature* (S. 124–139). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316817155.010>
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. In *Frontiers in Behavioral Neuroscience* (Bd. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Watson, P. (2019). PTSD as a Public Mental Health Priority. In *Current Psychiatry Reports* (Bd. 21, Nummer 7). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1032-1>
- Wilson, N., Turner-Halliday, F., & Minnis, H. (2021). Escaping the inescapable: Risk of mental health disorder, somatic symptoms and resilience in Palestinian refugee children. *Transcultural Psychiatry*, 58(2), 307–320. <https://doi.org/10.1177/1363461520987070>
- World Health Organization. (2023, Juni). *More than 100 million people are forcibly displaced*. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/insights/explainers/100-million-forcibly-displaced.html>
- World Health Organization. (2023, Oktober). *Refugee Data Finder*. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
- World Health Organization. (2023). *Promoting the health of refugees and migrants: Experiences from around the world*.
- Wylie, L., Van Meyel, R., Harder, H., Sukhera, J., Luc, C., Ganjavi, H., Elfakhani, M., & Wardrop, N. (2018). Assessing trauma in a transcultural context: Challenges in mental health care with

immigrants and refugees. In *Public Health Reviews* (Bd. 39, Nummer 1). BioMed Central Ltd.  
<https://doi.org/10.1186/s40985-018-0102-y>