



**EVALUATIONSTUDIE  
„KRÄFTE STÄRKEN – TRAUMA BEWÄLTIGEN“  
(TEACHING RECOVERY TECHNIQUES)**

– *Dr. Petra Krenn-Maritz*

*Das Programm „Teaching Recovery Techniques“ wurde von der Stiftung „Children and War“ entwickelt.*



*Diese Evaluationsstudie wurde  
aus dem Medizinisch-Wissenschaftlichen  
Fonds des Bürgermeisters der  
Bundeshauptstadt Wien gefördert.*

**EVALUATIONSSTUDIE**  
**„KRÄFTE STÄRKEN – TRAUMA BEWÄLTIGEN“**  
**(TEACHING RECOVERY TECHNIQUES)**

– *Dr. Petra Krenn-Maritz*

**Wie kann das niederschwellige Programm „Kräfte stärken – Trauma bewältigen“ geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund helfen, mit Symptomen Posttraumatischer Belastungsstörung umzugehen?**

*Wien, Oktober 2019*

---

# INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG .....	4	<b>3. HINTERGRUND</b> .....	11
ABSTRACT .....	5	3.1. Definition von Trauma .....	11
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	7	3.2. Physiologische Reaktionen auf traumatische Ereignisse .....	11
<b>2. STUDIENZIEL UND WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNG</b> .....	8	3.3. Krieg, Flucht und Post- traumatische Belastungsstörung ...	12
2.1. Forschungsfrage der Quantitativen Erhebung .....	10	3.4. Grundlagen der Traumatherapie ...	13
2.2. Forschungsfragen der Qualitativen Erhebung .....	10	3.4.1. Geschichte der Psychotraumatologie .....	13
		3.4.2. Moderne Konzepte der Traumatherapie .....	14
		3.5. TRT – Teaching Recovery Techniques .....	14
		3.5.1. Entwicklung des TRT-Programmes .....	14
		3.5.2. Inhalte und Ablauf des TRT-Programmes .....	15
		3.5.3. TRT in Österreich .....	17
		<b>4. METHODIK</b> .....	18
		4.1. Studiendesign .....	18
		4.2. Teilnehmer .....	19
		4.3. Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
		4.4. Intervention: Organisation und Durchführung des TRT- Trainings ...	20

4.5. Datengewinnung .....	21	INTERESSENKONFLIKT .....	46
4.5.1. Quantitativer Teil .....	21	LITERATUR .....	48
4.5.2. Qualitativer Teil .....	22	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	51
4.6. Datenauswertung .....	23	ANHANG .....	52
4.6.1. Quantitativer Teil .....	23	CRIES-8 Fragebogen .....	52
4.6.2. Qualitativer Teil .....	24		
4.7. Gütekriterien .....	25		
<b>5. ETHISCHE ASPEKTE</b> .....	26		
<b>6. DATENSCHUTZ</b> .....	27		
<b>7. ERGEBNISSE</b> .....	28		
7.1. Ergebnisse der quantitativen Analyse .....	28		
7.2. Ergebnisse der qualitativen Analyse .....	30		
7.2.1. Wirkung von TRT .....	31		
7.2.2. TRT in der Schule .....	36		
7.2.3. Die TRT-Gruppen .....	38		
<b>8. DISKUSSION UND EMPFEHLUNGEN</b> .....	42		

## KURZFASSUNG

Durch Asyl in europäischen Staaten finden geflüchtete Familien aus Krisen- oder Kriegsgebieten zwar Schutz und Hilfe, die traumatischen Erlebnisse, die sie vor oder während der Flucht gemacht haben, wirken jedoch in ihnen weiter und führen in vielen Fällen zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Wartelisten für ambulante Psychotherapieplätze sind lang.

Teaching Recovery Techniques (TRT) ist ein niederschwelliges Programm, das ursprünglich entwickelt wurde, um Kindern und Jugendlichen direkt in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen Hilfe bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse zu bieten. Das TRT-Schulungsprogramm konzentriert sich auf die bekannten PTBS-Symptome. In den einzelnen Einheiten lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Symptome zu verstehen, zu erkennen und zu kontrollieren.

Ziel dieser Evaluationsstudie war, zu untersuchen, wie TRT im Umfeld des sicheren Asyllandes Österreich wirkt. Die Studie kombinierte quantitative und qualitative Untersuchungsmethoden, um die Wirksamkeit des TRT-Programmes in Hinblick auf PTBS-Symptome und die Wirkungswahrnehmung zu untersuchen.

Als Instrument zur quantitativen Messung wurde der Children's Impact of Event Scale (CRIES-8) Fragebogen verwendet, der Intrusion und Vermeidung, zwei der Hauptsymptome Posttraumatischer Belastungsstörung, untersucht. Bei 57 Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnten vor und nach der Intervention Fragebogenergebnisse erhoben werden. 60% der untersuchten Kinder und Jugendlichen testeten vor Intervention positiv auf PTBS. Es zeigte sich bei dieser Gruppe eine signifikante Verbesserung der Symptome nach Absolvierung des TRT-Programmes.

Für die qualitative Untersuchung wurden 39 Interviews durchgeführt. Die qualitative Inhaltsanalyse brachte grundlegende Erkenntnisse über die Wirkungswahrnehmung des TRT-Programmes von Seiten der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und Lehrkräften. Die Schüler und Schülerinnen beschrieben deutliche Verbesserungen bei den Themen Schlaf, Konzentration, erhöhte Anspannung, Angst und Aggression. Aus der Befragung der Lehrkräfte ging deutlich hervor, dass sich diese mit dem Thema „Trauma im Umfeld Schule“ überfordert fühlen und sich Unterstützung wünschen.

Das Thema „Flucht, Trauma und Integration“ wird die europäischen Staaten und somit auch Österreich in den nächsten Jahren weiter beschäftigen. Diese Evaluation trägt dazu bei, mehr über dieses Thema und über Möglichkeiten zur effektvollen Hilfestellung für die Betroffenen zu erfahren. Besonders für Kinder und Jugendliche ist die Wiederherstellung und Erhaltung der psychosozialen Gesundheit ein wichtiger Faktor für erfolgreiche Entwicklung und Integration.

## ABSTRACT

Receiving asylum in a European country means safety and help for refugee families from areas of war or natural disasters, but the traumatic experiences they made before or during their escape to Europe continue to live on in their minds and many of them develop Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). There are long waiting lists for outpatient psychotherapy.

Teaching Recovery Techniques (TRT) is a low-threshold program which was initially developed to help children and adolescents in areas affected by war or natural disasters to cope with the effects of their traumatic experiences. TRT focuses on the known symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. In the TRT sessions the children and adolescents learn to understand, recognise and control their symptoms.

This study aimed to evaluate the TRT program in Austria as a safe country of asylum. The study combined quantitative and qualitative methods to test the effects of TRT on PTSD symptoms and to examine the perceptions and experiences of the participants.

For the quantitative evaluation the Children's Impact of Event Scale (CRIES-8) questionnaire was used to examine intrusion and avoidance, two of the main PTSD symptoms. For 57 participants pre- and post-measurements were available. 60% of the children and adolescents tested positive for PTSD before the intervention. In this group the results showed a significant reduction of the symptoms for the children and adolescents that completed the TRT program.

For the qualitative evaluation 39 interviews were conducted. The qualitative content analysis revealed fundamental information about the way the pupils, their parents and their teachers perceived the effectiveness of the program. The children and adolescents reported noticeable improvements in terms of sleeping, concentration, high tension, anger and aggression. Teachers reported to be overwhelmed with the care for traumatised refugees in their schools and wish for support in this matter.

The topic "Refuge-Trauma-Integration" will continue to be of concern in European countries. This evaluation can be of help to receive additional information about this topic and how to give effective support to the affected. To restore and sustain psychosocial health is an essential factor for successful development and integration, particularly for children and adolescents.





## 1. EINLEITUNG

In den Jahren 2015 und 2016 wurden insgesamt 130625 Asylanträge in Österreich gestellt (Statistik Austria, 2019). Zwei Drittel der Antragstellerinnen und Antragsteller kamen aus den Krisen- und Kriegsgebieten Syriens, Afghanistans und des Iraks nach Österreich (Statistik Austria, 2019). Es befanden sich unter den Asylsuchenden auch sehr viele Familien mit Kindern. Traumatisierende Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht führten dazu, dass bei vielen dieser Menschen nach der Ankunft in Österreich Probleme wie vermehrte Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Ängste, Depressionen und aggressives Verhalten auftraten. Die genannten Symptome lassen sich als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zusammenfassen und stellen eine schwere Bürde für diese Menschen und ein großes Hindernis für Bildung und Integration dar (Schick et al., 2016).

Der Symptomenkomplex Posttraumatische Belastungsstörung kann sich bei den Betroffenen ohne geeignete Hilfe auch in der sicheren Umgebung des Asyllandes noch verstärken. Für viele Kinder in dieser Lage kommt erschwerend hinzu, dass ihnen die Eltern durch eigene Traumatisierung weder den nötigen Halt noch die emotionale Sicherheit bieten können, die für die Bewältigung der Erlebnisse erforderlich wären (Bryant et al. 2018). Es gibt für diese vulnerable Gruppe zwar dolmetsch-gestützte psychotherapeutische Therapieangebote, die vorhandenen Plätze dafür sind jedoch nicht ausreichend und die Wartelisten sehr lang.

Teaching Recovery Techniques (TRT) ist ein international erprobtes Programm, das ursprünglich dafür entwickelt wurde, Kindern und Jugendlichen in Kriegsgebieten oder nach Umweltkatastrophen Techniken und Strategien zu lehren, um die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu verringern. Niederschwellige Ansätze wie das TRT-Programm weisen gute Erfolge bei der Stabilisierung und Ressourcenstärkung Betroffener auf und können eine breite Masse von Menschen erreichen.

Das Leben im Hier und Jetzt sollte nicht von den Gedanken an das Dort und Damals gesteuert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen im Programm, mit schmerzhaften Erinnerungen umzugehen, ihre Gefühle und Ängste zu kontrollieren und werden in Entspannungsmethoden und Konzentrationsübungen geschult.

Ziel dieser Evaluationsstudie war, zu untersuchen, wie TRT im Umfeld des sicheren Asyllandes Österreich wirkt. Besonders für Kinder und Jugendliche ist die Wiederherstellung und Erhaltung der psychosozialen Gesundheit ein wichtiger Faktor für erfolgreiche Integration.

## 2. STUDIENZIEL UND WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNG

Im folgenden Abschnitt werden die Fragen dargestellt, die diese Evaluationsstudie beantworten wollte und die Ziele festgehalten, die sich diese Studie gesetzt hatte.

Evaluierung ist die systematische Erhebung, Analyse und Interpretation von Daten bezüglich Wirkung und Wahrnehmung einer Intervention mit der Absicht, diese Ergebnisse für interessierte Personen bereitzustellen und die Intervention selbst gegebenenfalls zu verbessern (Patton, 1987). In dem konkreten Fall des TRTProgrammes war die Evaluierung auch für die weitere Beantragung öffentlicher Fördergelder von Bedeutung.

Das Ziel dieser Studie war, einerseits die Wirksamkeit von Teaching Recovery Techniques in Bezug auf typische Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung mittels eines validierten Fragebogens quantitativ zu messen und andererseits durch qualitative Inhaltsanalyse von Interviews ein tieferes Verständnis über die Wahrnehmung und Wirkung des Programmes zu gewinnen.

In Österreich gibt es noch kaum niederschwellige Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche. Insbesondere in der Zielgruppe der Geflüchteten aus Kriegs- und Krisengebieten finden sich viele psychisch belastete und potentiell traumatisierte Menschen, für die es noch keine breite und strukturierte psychosoziale Versorgung gibt. Der traditionelle Zugang in Österreich, wie in vielen mitteleuropäischen Ländern auch, ist der lange Weg über die medizinische Versorgung der Allgemeinmedizin zur anschließenden psychologischen oder psychiatrischen Diagnosestellung, an die sich klassischerweise eine psychotherapeutische Langzeit-Einzeltherapie anschließt. Dieser Zugang verursacht hohe Kosten und führt zu langen Wartezeiten für die Betroffenen. Von einem Public Health Standpunkt aus wäre ein niederschwelliger, kostengünstiger Zugang, mit dem eine größere Gruppe von betroffenen Kindern und Jugendlichen erreicht werden könnte, wünschenswert.

Teaching Recovery Techniques ist ein Programm, das ursprünglich direkt für die Anwendung in Kriegsgebieten oder in von Naturkatastrophen betroffenen Gegenden konzipiert wurde. Damit sollten möglichst viele Kindern und Jugendlichen mit möglichst geringen Ressourcen zeitnah psychologische Hilfe nach einem traumatischen Ereignis erhalten. Obwohl das TRT-Programm schon mehrfach hinsichtlich seiner Wirkung evaluiert wurde, gab es bisher nur wenige Daten zur Wirkung des Programmes in westlichen Asylländern. Es war daher das Ziel der Evaluierung, herauszufinden, ob das Programm auch in diesem Umfeld wirkt und welche Programminhalte von den Kindern und Jugendlichen hier in Österreich, also in einem sicheren Land, als hilfreich empfunden werden.

Der Verein AFYA, der das TRT-Programm seit 2018 an den Schulen durchführt, ist von Förderungen abhängig. Die Aus- und Weiterbildung der TRT-Trainerinnen und Trainer sowie deren Supervision stellt einen zeitlichen und finanziellen Aufwand dar, die organisatorische Planung an den Schulen ist für alle Beteiligten herausfordernd. Diese Evaluationsstudie wollte daher untersuchen, ob die Wirkung des Programms als positiv und signifikant zu bewerten ist, wie die Akzeptanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist und ob die menschlichen und finanziellen Ressourcen optimal eingesetzt werden.

## 2.1 FORSCHUNGSFRAGE DER QUANTITATIVEN ERHEBUNG

Ziel des quantitativen Teils der Studie war, die Wirksamkeit des TRT-Programmes hinsichtlich Reduktion der Symptome Posttraumatischer Belastungsstörung zu untersuchen.

Das Screening auf Posttraumatische Belastungsstörung erfolgte durch Fragbogenerhebung vor und nach der Intervention. Als Instrument wurde der Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8) verwendet, ein kurzer, auf Selbsteinschätzung beruhender Fragebogen, der Intrusion und Vermeidung, zwei Hauptsymptome von PTBS, abfragt.

## 2.2 FORSCHUNGSFRAGE DER QUALITATIVEN ERHEBUNG

Ziel des qualitativen Teils der vorliegenden Studie war es, mittels Interviews zu erheben, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das TRT-Programm wahrgenommen hatten, ob sie Veränderungen an ihren Gefühlen, ihrem Verhalten oder an ihrem Umgang mit Problemen feststellen konnten, wie sie sich in der Gruppe gefühlt hatten und was ihnen am Programm gut oder nicht gut gefallen hatte. Ein weiterer Punkt war die Frage, ob Eltern oder Lehrkräfte eine Veränderung bei den Kindern und Jugendlichen bemerkt hatten.

Konkret standen folgende Fragen im Fokus des Interesses:

- Wie wirkt TRT in Bezug auf Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung?
- Welche Veränderung nehmen die Kinder und Jugendlichen an sich selbst wahr?
- Welche Veränderung nehmen Eltern, Lehrerinnen und Lehrer an den Kindern und Jugendlichen wahr?
- Wie bewerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Wirkung der einzelnen Techniken zur Traumabewältigung?
- Wie haben sich die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Gruppe gefühlt?

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung sollte zusätzlich erhoben werden, ob Unterschiede in Wirkung und Erleben des TRT-Programms in Hinblick auf das Herkunftsland, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer in Österreich und den Asylstatus zu finden sind.

### 3. HINTERGRUND

Im Folgenden wird ein Überblick über häufig auftretende physiologische Reaktionen auf Krieg, Gewalt und andere traumatische Lebenssituationen gegeben und anschließend im Detail auf Ursachen, Symptome und Therapieansätze der Posttraumatischen Belastungsstörung näher eingegangen. Im Anschluss wird das TRT-Programm vorgestellt, der wissenschaftliche Hintergrund präsentiert und über bisherige Erfahrungen mit dem Programm berichtet.

#### 3.1. DEFINITION VON TRAUMA

Das Wort Trauma kommt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Ein traumatisches Erlebnis zeichnet sich dadurch aus, dass es plötzlich eintritt, für die betroffene Person völlig unerwartet kommt und sie in einen Zustand großer Angst, absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht sowie subjektiver Todesangst versetzt (van der Kolk, 2014). Beispiele für solche Ereignisse sind neben Krieg, Folter, Vergewaltigung, terroristischen Anschlägen und dem Erleben körperlicher Gewalt auch die Beobachtung der Gewaltanwendung an anderen Personen, insbesondere Familienmitgliedern. Auch Naturkatastrophen, Autounfälle oder andere Ereignisse, in denen der Mensch ohnmächtig und fremdbestimmt ist, können die im Folgenden beschriebene Alarmreaktion des Körpers auslösen.

#### 3.2 PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN AUF TRAUMATISCHE EREIGNISSE

Entwicklungsphysiologisch gibt es im menschlichen Gehirn unterschiedliche Regionen. Der Neocortex, die Hirnrinde, ist für Planung und Vernunft zuständig. Andere, entwicklungsphysiologisch ältere Hirnanteile steuern die reflektorischen Abläufe unseres Körpers und sind für unsere Gefühle verantwortlich. In lebensbedrohlichen Situationen ist für Planung keine Zeit, der Körper reagiert reflektorisch und nicht steuerbar mit der sogenannten Kampf-oder-Flucht-Reaktion, die schon 1932 von Walter Bradford Cannon beschrieben wurde (Cannon, 1932). Es werden Hormone und andere Botenstoffe ausgeschüttet, die den Organismus auf Flucht oder Kampf vorbereiten. Ist weder die eine noch die andere Reaktion möglich, so ist die Folge eine Erstarrung, auch Totstellreflex genannt. Der Körper erstarrt, Blutdruck und Herzfrequenz steigen massiv an.

Rezente Forschungsergebnisse von Joseph LeDoux zeigen die physiologischen Reaktionen auf traumatische Erlebnisse als Versuch des Gehirns auf, das Überleben zu sichern. Im Unterschied zu den in der Hirnregion des Hippocampus gespeicherten explizierten Erinnerungen, die jederzeit abrufbar und verfügbar sind, werden die implizierten oder emotionalen Erinnerungen in der Amygdala-Region gespeichert, ohne ins bewusste Denken aufgenommen zu werden. Somit können diese Erinnerungen später intrusiv auftreten und erscheinen unkontrollierbar (LeDeux, 2014). Dieser Mechanismus, der grundsätzlich unser Überleben sichert, führt dazu, dass die Erinnerungen an das traumatische Ereignis nicht kognitiv verarbeitet und somit integriert werden können und daher sogenannte Trigger – also Ereignisse, die unbewusst an das Erlebnis erinnern – die Gefühle der Ausgangssituation plötzlich und unerwünscht wieder auftreten lassen. Die

Menschen fühlen sich dann, als wären sie wieder in der ursprünglichen Situation (Priebe & Dyer, 2014; Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002).

Erst wenn die traumatischen Erlebnisse in der Hirnrinde kognitiv integriert wurden, die Person also die Erinnerung bewusst abgespeichert hat, kann sie die intrusiven Erinnerungen beherrschen und die Trigger kontrollieren.

### **3.3 KRIEG, FLUCHT UND POST-TRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG**

Aktuelle Studien zeigen, dass Symptome Posttraumatischer Belastungsstörung bei geflüchteten Menschen signifikant häufiger sind als in der Durchschnittsbevölkerung (Bogic, Njoku & Priebe, 2015; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Es liegt bei geflüchteten Menschen eine zehnmal höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung vor als in der altersgleichen Normalbevölkerung (Fazel et al., 2005).

Insbesondere Kinder, als vulnerable Gruppe, sind auf der Flucht aus ihren Herkunftsländern oft Gewalt und Willkür ausgesetzt, ihre Rechte und Bedürfnisse werden missachtet. Rezente Studien haben ergeben, dass bei 20-48 Prozent der Kinder, die aus Ihrem Heimatland flüchten mussten, Zeichen von Posttraumatischer Belastungsstörung auftreten (Tam, Houlihan & Melendez-Torres, 2017). Auch die systematische Übersichtsarbeit von Bronstein & Montgomery (2010) konnte an 3000 untersuchten Kindern mit Fluchthintergrund zeigen, dass 19-54 Prozent unter PTBS-Symptomen leiden. Schon in ihrer Heimat und in weiterer Folge auf dem langen Weg nach Europa erlebten diese Kinder und Ju-

gendlichen Leid und Willkür. Sie waren ohnmächtig gewaltvollen Handlungen ausgesetzt, es gab keine Gerechtigkeit und keinen staatlichen Schutz. Vielfach bestand keine Hilfe von Erwachsenen, die Geschehnisse waren für sie unverständlich und völlig fremdbestimmt. Auch von den Schlepper-Netzwerken, von denen viele dieser Kinder nach Europa geschleust wurden, erfuhren sie Ausbeutung und Gewalt, sie mussten sich auf der Flucht völlig fremden Menschen ausliefern. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen vor und auf der Flucht und dem Ausmaß der posttraumatischen Stressreaktion (Heptinstall, Sethna & Taylor, 2004).

Im Jahr 2010 wurde untersucht, wie hoch die Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylsuchenden ist. Es zeigte sich, dass 19 Prozent der Kinder mit Fluchthintergrund unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten und dadurch die Integration in Bereichen wie Schule und Ausbildung eingeschränkt war (Ruf, Schauer & Elbert, 2010). Nach bewältigter Flucht stellt die Ankunft in einem fremden Land ohne Kenntnisse der Sprache, ohne Kenntnisse über das politische und gesellschaftliche System und ohne klare Perspektive eine Situation mit potentieller Retraumatisierung der Kinder und Jugendlichen dar (Heptinstall et al., 2004).

Es gibt ein erhebliches Risiko, dass ohne Unterstützung die psychische und körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dauerhaft belastet bleibt (Miller, Chen & Parker, 2011). Auxéméry beschrieb 2012, dass die Ausprägung der Symptome von posttraumatischer Stressreaktion nicht nur von Art und Schwere des traumatischen Erlebnisses abhängt, sondern auch das Lebensalter zum

Zeitpunkt des Traumas und das soziale Umfeld eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien spielt.

Die meisten Kinder und Jugendlichen wollen primär von selbst nicht über die traumatischen Erlebnisse sprechen und versuchen zuerst, sie ganz aus ihren Gedanken zu verbannen, was ihnen naturgemäß nicht gelingt. Auch Kinder und Jugendliche, die scheinbar gut mit dem Erlebten umgehen können und in ihrem neuen Leben nach außen hin gut zu recht kommen, zeigen oft im Verlauf Auffälligkeiten in ihrem Verhalten, wie zum Beispiel vermehrte Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen, Flashbacks, Depression, Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit, aggressives Verhalten oder auch akute Psychosen. All diese Symptome sind Zeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Typisch dafür ist, dass je mehr die Person versucht die Erinnerungen zu verdrängen, desto mehr die ungewollten Bilder und Gefühle in Form von Träumen, Flashbacks oder Angstreaktionen zu Tage treten. Es entsteht ein Teufelskreis, der nur mit professioneller Hilfe durchbrochen werden kann.

Obwohl die jungen Flüchtlinge in Österreich grundsätzlich gut betreut sind und es viele unterstützende Programme gibt, kommt die Förderung der psychischen Gesundheit zu kurz. Das Erlernen der Sprache, die Leistungen in der Schule oder das Finden eines geeigneten Ausbildungsplatzes stehen im Vordergrund. Meist streben weder die Kinder und Jugendlichen selbst noch ihre Eltern von sich aus eine Therapie an. Selbst wenn vereinzelt offen um psychologische oder psychotherapeutische Hilfe angesucht wird, gibt es lange Wartezeiten.

## 3.4 GRUNDLAGEN DER TRAUMATHERAPIE

### 3.4.1 GESCHICHTE DER PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Schon 1880 forschte Jean-Martin Charcot in Paris zu Hysterie und stellte durch seine Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen sogenannten „hysterischen Anfällen“ und zuvor erlebten unerträglichen Ereignissen her und hatte damit großen Einfluss auf die Arbeit von Sigmund Freud und Josef Breuer (Mentzos, 2015).

Im ersten Weltkrieg (1914-1918) wurden Traumafolgestörungen erstmals ein öffentliches Thema. Die sogenannten „Kriegszitterer“ oder „Schüttelneurotiker“, wie sie damals genannt wurden, waren Soldaten, die infolge der Kriegserlebnisse, insbesondere durch das monatelange Ausharren in den Schützengräben, in psychische Überlastung geraten waren. Neben dem namensgebenden Zittern und anderen unkontrollierbaren Bewegungen, traten auch weitere Symptome Posttraumatischer Belastungsstörung wie Panikattacken, unkontrollierbare Erregungszustände, Schlafstörungen und aggressives Verhalten auf. Da man einerseits von körperlichen Ursachen ausging - eine gängige Theorie bestand darin, dass durch die starke Druckwelle von Granatexplosionen das Gehirn Schaden genommen hatte - und andererseits mögliche Simulanten abschrecken wollte, wurden bei diesen Soldaten äußerst schmerzhaft Therapien wie Elektroschocks und Isolation angewandt (Eckart, 2014).

Im zweiten Weltkrieg (1939-1945) wurde eine neue Art von Symptomen beobachtet. Insbesondere bei Überlebenden von Konzentrations- und Internierungslagern traten neben den schon beschriebenen posttraumatischen Reaktionen noch Überlebensschuld, „das Gefühl des lebendigen Leichnams“ und starke körperliche Beschwerden auf.

Breit angewandt und wissenschaftlich erforscht wurde die Traumatherapie in den Siebzigerjahren bei Veteranen des Vietnamkrieges. Spezialisierte Kliniken wurden eingerichtet und die Basis für viele noch heute gültige Prinzipien der Traumatherapie wurde gelegt (van der Kolk, 2014).

### 3.4.2 MODERNE KONZEPTE DER TRAUMATHERAPIE

Es gibt verschieden Schulen der Traumatherapie, auf die im Einzelnen hier nicht eingegangen werden kann, jedoch sind folgende Elemente in den meisten modernen Traumtherapeutischen Schulen vorhanden.

- Psychoedukation: Definition von Trauma, Erklärung der physiologischen Stressreaktion im Körper, Normalisierung der Symptome des Patienten
- Herstellen und Unterstützen von Sicherheit durch Aktivierung von Ressourcen, Stärken von Beziehungen, Entspannungsübungen, Übungen zur Körperwahrnehmung, Achtsamkeitsübungen, Herstellung von Realitätsbezug, Kontrolle von Intrusionen, Übererregung und Dissoziation
- Stabilisierung durch Verbesserung der Selbstwahrnehmung in Bezug auf Gefühle, Beziehungen und Grenzen, Wiedererlangen von Handlungskompetenz, Abbau von Vermeidungsverhalten
- Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis (nicht immer zwingend Teil der Therapie)
- Integration des Traumas und Annehmen der dadurch entstanden Veränderung

(Butollo et al. 2002; Butollo & Karl, 2012; Reddemann, 2017; Priebe et al., 2014; van der Kolk, 2014).

### 3.5 TRT – TEACHING RECOVERY TECHNIQUES

Teaching Recovery Techniques (TRT) wurde von der Norwegischen Stiftung Children and War begründet und vielfach erfolgreich in unterschiedlichen Kontexten von Krieg und Naturkatastrophen angewandt und evaluiert (Sarkadi et al., 2017; Barron, Mitchell & Yule, 2017; Barron, Abdallah & Smith, 2013).

#### 3.5.1 ENTWICKLUNG DES TRT-PROGRAMMES

Teaching Recovery Techniques entstand vor dem Hintergrund der Jugoslawienkriege, als 1993 UNICEF eine Gruppe von auf die Arbeit mit Kindern spezialisierten Psychotherapeuten beauftragte, Daten über die Auswirkungen von Krieg und Gewalterfahrung auf Kinder und Jugendliche zu sammeln und in weiterer Folge Strategien zu entwickeln, um dieser Gruppe psychologische Hilfestellung zu geben. Bis dahin gab es kaum Untersuchungen zur Auswirkung von traumatischen Erlebnissen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, vielfach wurde davon ausgegangen, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung nur bei Erwachsenen auftritt (Yule, Dyregrov, Raundalen & Smith, 2013).



Im Zuge dieser Arbeit wurde die gemeinnützige Stiftung Children and War begründet und das Teaching Recovery Techniques Konzept entwickelt. Auf Grund der hohen Zahl betroffener Kinder und Jugendlichen waren die ersten Bemühungen darauf ausgelegt, ein valides Instrument für das Screening und die anschließende Evaluierung zu finden. Der „Impact of Event Scale“ Fragebogen wurde zum kindgerechten „Children’s Revised Impact of Event Scale“ (CRIES) adaptiert. Die gute Reliabilität und Validität dieses Fragebogens in Bezug auf die Erhebung posttraumatischer Stresssymptome und die Möglichkeit, Veränderungen dabei zu messen, wurde unter anderem von Perrin, Meiser-Stedman & Smith (2005) beschrieben.

Anschließend wurde ein TRT-Manual erstellt, das Inhalt und Ablauf des TRT-Trainings genau festlegt, sodass auch Personen ohne Spezialisierung in Kinder- und Jugendpsychiatrie als Trainerinnen und Trainer eingesetzt werden konnten, um die Intervention für eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen ohne lange Wartezeit direkt vor Ort verfügbar zu machen (Yule et al., 2013). Dementsprechend ist das Ziel des TRT Trainings auch nicht, eine Psychotherapie zu ersetzen, sondern vielmehr, den Betroffenen Hilfestellungen anzubieten, mit dem Erlebten umzugehen und die intrusiven Gedanken und Erinnerungen kontrollieren zu lernen.

TRT wurde erstmals 1999 in der Türkei und in Griechenland nach großen Erdbeben eingesetzt. Schon damals wurde die Wirksamkeit des Programmes untersucht (Giannopoulou, Dikaiakou & Yule, 2006). Diese Pilotstudie konnte zeigen, dass es zu einem signifikanten Rückgang typischer Symptome Posttraumatischer Belastungsstörung kam. Auch die

nachfolgenden Untersuchungen nach achtzehn Monaten und vier Jahren zeigten die positive Wirkung des TRT Programmes (Giannopoulou et al., 2006).

2012 wurde das TRT-Programm in Palästina in einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert (Barron et al, 2012). Auch hier konnte gezeigt werden, dass TRT für eine relevante Gruppe von Kindern Symptome von Posttraumatischer Belastungsstörung verbessern konnte. Zwei rezente Studien untersuchten die Wirkung des TRT-Training in Europa, in Schweden bei unbegleiteten minderjährigen Jugendlichen (Sarkadi et al. 2017) und in Schottland bei jugendlichen Bewohnern in geschlossenen Wohneinrichtungen (Barron et al. 2017). Beide Studien konnten eine Reduktion der Symptome Posttraumatischer Belastungsstörung zeigen.

Die Children and War Stiftung bildet seit 1999 TRT-Trainer in verschiedenen Ländern aus, das Programm folgt einem strikten Ablauf, der in einem Handbuch, dem sogenannten TRT-Manual, festgehalten ist und mittlerweile in 11 Sprachen übersetzt wurde. So wird eine Reproduzierbarkeit des Trainings erreicht.

### 3.5.2 INHALTE UND ABLAUF DES TRT-PROGRAMMES

Konkret handelt es sich bei TRT um ein niederschwelliges Gruppenprogramm, in dem stufenweise und auf praktischem Weg Techniken erlernt und

Fähigkeiten ausgebildet werden, um traumatische Erlebnisse zu bewältigen und PTBS Symptome zu reduzieren. In Gruppen von maximal zehn Personen wird mit Kindern und Jugendlichen im Alter von acht bis achtzehn Jahren gearbeitet.

Das TRT-Schulungsprogramm konzentriert sich auf die bekannten Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. In den einzelnen Einheiten lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Symptome zu verstehen, zu erkennen und zu kontrollieren. Sie erlernen Emotionskontrolle und üben Techniken, um Flashbacks, intrusive Erinnerungen oder Geräusche zu stoppen. Auch Übungen zur Stabilisierung und Entspannung werden vermittelt.

Das TRT-Programm ist nach den Konzepten der modernen Traumatherapie aufgebaut und beinhaltet alle der in Kapitel 3.4.2 genannten Prinzipien. Die Kinder erhalten eine dem Alter angepasste Psychoedukation, in der sie erfahren, dass ihre Gefühle und Reaktionen normal sind und es auch vielen anderen Kindern und Jugendlichen in ihrer Situation gleich oder ähnlich geht. Durch die Arbeit in der Gruppe wird sofort Kontakt mit anderen Betroffenen möglich und ein gewisses Gefühl der Normalität erzeugt. Es werden Themen der äußeren Sicherheit besprochen und Übungen zur inneren Sicherheit erlernt. Zum Umgang mit erhöhten Angst- und Erregungszuständen werden Entspannungsübungen in der Gruppe erlernt und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden dazu angehalten, diese Übungen auch in den Intervallen zwischen den Einheiten regelmäßig zu üben und anzuwenden. Große Aufmerksamkeit wird auch dem Empfinden und Regulieren von Anspannung und Stress gewidmet. Es werden Übungen zur Körperwahrnehmung, genauso wie verschiedene Entspannungsübungen gelehrt, sodass die Kinder und

Jugendlichen ihre Gefühle erkennen und kontrollieren lernen. Weiters werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Techniken beigebracht, mit denen sie lernen, mit unerwünschten Erinnerungen und Gefühlen – sogenannten Intrusionen – umzugehen und Kontrolle darüber zu erlangen. Auch Strategien zum Umgang mit Schlafstörungen und übermächtigen Sorgen werden gelehrt.

Das TRT-Training verbindet Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie mit gewissen Aspekten der Gestalttherapie. Ein wichtiger Teil des TRT-Trainings ist die Beziehung, die zwischen den muttersprachlichen Trainierinnen und Trainern und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern entsteht. In jeder der Gruppen sind zwei ausgebildete TRT-Trainer, mindestens einer davon muttersprachlich. Obwohl große Teile des Trainings in Deutsch abgehalten werden, können die Kinder und Jugendlichen über ihre Gefühle in ihrer Muttersprache sprechen. Auch kulturell unterschiedliche Zugänge zu und Vorstellungen von Begriffen wie Psyche, Trauma und Therapie können so gut besprochen werden. Das unterscheidet dieses Programm von vielen anderen Angeboten, die keine muttersprachlichen Trainerinnen und Trainer zur Verfügung haben.

### 3.5.3 TRT IN ÖSTERREICH

Das TRT-Training wird in Österreich vom Verein AFYA durchgeführt. „Afyā“ bedeutet Gesundheit und Wohlbefinden auf Arabisch, Persisch und Suaheli. Der Verein macht es sich zur Aufgabe, die psychische Gesundheit von Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund zu fördern.

AFYA arbeitet mit der Children and War Stiftung zusammen, das TRT-Training folgt inhaltlich dem Children and War Manual. Aufgrund des spezifischen Settings „Schule im sicheren Asylland“ wurde der Ablauf allerdings geringfügig angepasst. Statt den ursprünglich fünf Einheiten, finden an den Schulen in Österreich sechs Einheiten statt, um ausreichend Zeit für Übungen zur Verfügung zu stellen. Außerdem findet die Arbeit mit intrusiven Bildern und Erinnerungen sowie mit Alpträumen in Österreich in der fünften Einheit statt, während dieses Thema im ursprünglichen TRT Manual in der zweiten Einheit vorgesehen ist.

Alle Trainerinnen und Trainer, die in Österreich TRT-Schulungen durchführen, sind nach den Richtlinien der Teaching Recovery Techniques ausgebildet und werden von erfahrenen Psychotherapeuten und Traumatherapeuten begleitet. Es finden regelmäßige Supervisionen und Intra-visionen statt, die TRT-Trainings werden mittels CRIES-8 Fragebogen evaluiert. Es besteht ein fachlicher Austausch mit Children and War in London und Bergen sowie mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin in Deutschland, die das TRT-Programm dort mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen durchführt.

Obwohl in Österreich eine gute psychotherapeutische Versorgung besteht, ist organisatorisch eine Einzeltherapie nicht für alle von Krieg und Flucht Betroffenen durchführbar. Schon jetzt sind die Wartelisten für Kinder und Jugendliche lang, besonders für muttersprachliche Therapie. TRT soll keinesfalls eine Psychotherapie ersetzen, sondern frühzeitig unterstützend wirken und gleichzeitig mithelfen, die Kinder und Jugendlichen zu identifizieren, die dringend weiterführende therapeutische Maßnahmen benötigen.

Je früher die Kinder und Jugendlichen ein geeignetes Werkzeug erlernen, um mit dem Erlebten umzugehen, desto seltener entwickeln sich nachfolgend schwerwiegende Probleme (Auxéméry, 2012). Ein Kind, das nicht gelernt hat, die traumatischen Erfahrungen zu bewältigen und im neuen Land weiterem Stress ausgesetzt ist, wird durch Sprachschwierigkeiten, Unverständnis kultureller Gegebenheiten, Einsamkeit und Sorge um die Hinterbliebenen früher oder später nicht mehr in der Lage sein, sich zurechtzufinden und als Folge von Rückzug oder aggressivem Verhalten immer weniger am sozialen Leben teilnehmen (Heptinstall et al., 2004). Das bereitet in der Folge dem aufnehmenden Land Schwierigkeiten im Umgang mit den jungen Menschen und führt insgesamt zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten.

## 4. METHODIK

Im Folgenden wird das Studiendesign, die Rekrutierung der Teilnehmer, der Ablauf der Intervention und die Gewinnung und Auswertung der Daten dargestellt.

### 4.1 STUDIENDESIGN

Bei der vorliegenden Evaluationsstudie handelt es sich um eine Mixed-Methods-Studie. Mit dem Begriff Mixed-Methods wird die etablierte und anerkannte Kombination aus quantitativen und qualitativen Ansätzen bezeichnet (Mayring, 2017). Ziel dieser Art der wissenschaftlichen Untersuchung ist, die Ergebnisse der durch unterschiedliche Methoden gewonnenen Daten zu vergleichen und somit zu validieren und zu interpretieren. Es kann so ein umfassenderes Verständnis der Thematik gewonnen werden, als wenn nur eine einzelne Methode angewandt wird.

In der vorliegenden Evaluation wurden quantitativer und qualitativer Anteil annähernd parallel, also zeitgleich, eingesetzt. Die Datenauswertung erfolgte jeweils streng getrennt voneinander, die so unabhängig voneinander gewonnenen Ergebnisse wurden erst bei der Diskussion der Ergebnisse zusammengefügt.

Dieser Ansatz erscheint bei der vorliegenden Studie deshalb so gut geeignet, da es schon quantitative Untersuchungen zur Wirkung des TRT Programmes gibt (siehe Kapitel 3.5), aber nicht ausreichend erforscht ist, ob dieses Programm, das ja primär für den Einsatz in Krisen- und Kriegsgebieten konzipiert ist, auch in einem sicheren Land wie Österreich ähnlich positive Ergebnisse erzielt und ob bestimmte Inhalte in diesem speziellen Setting von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern positiver oder negativer bewertet werden als andere.

Quantitative Methoden drücken Ergebnisse in Zahlen aus und sind damit gut vergleichbar, generalisierbar und übertragbar. Die verwendeten Messinstrumente sind standardisiert, die Ergebnisse klar reproduzierbar (Patton, 2015). Quantitative Methoden sind gut geeignet, zu zeigen, ob eine bestimmte Intervention wirkt.

Qualitative Methoden hingegen bilden individuelles Erleben ab und geben Auskunft über die Art der Wirkung und das individuelle Erleben der Intervention – sie zeigen also, wie die Intervention wirkt. Beide Methoden gehen empirisch vor und sind regelgeleitet (Mayring, 2015).

Der Mixed-Methods Ansatz will die Vorteile beider Methoden kombinieren, um die Forschungsfragen möglichst vollständig und umfassend zu beantworten. Ziel ist es,

die Ergebnisse einer Methode mit jenen der anderen zu vergleichen und somit ein tieferes Verständnis der Thematik zu gewinnen und nach Möglichkeit die Forschungsfrage aus mehreren Blickwinkeln betrachten zu können.

## 4.2 TEILNEHMER

Teilnehmer der Studie waren Schülerinnen und Schüler zwischen zehn und achtzehn Jahren mit Fluchthintergrund, die an einem TRT-Training an einer Wiener Schule teilgenommen hatten, sowie ausgewählte Eltern, Lehrerinnen und Lehrer dieser Kinder und Jugendlichen. Es waren insgesamt fünf Schulen in die Studie eingeschlossen, vier Neue Mittelschulen (NMS) mit Kindern und Jugendlichen zwischen zehn und sechzehn Jahren und eine Polytechnische Schule (PTS) mit Jugendlichen zwischen sechzehn und achtzehn Jahren. Der Zugang zu den Schulen erfolgte ausnahmslos nach Kontaktaufnahme von Seiten der Schulleitung oder des Lehrkörpers mit dem Verein AFYA.

Nach einem Informationsgespräch für ausgewählte Lehrerinnen und Lehrer direkt an den einzelnen Schulen wurden vom Lehrkörper Kinder und Jugendliche für die Teilnahme am Programm vorgeschlagen. Kriterien für die Auswahl waren bestehender Fluchthintergrund und Hinweise auf mögliche Trauma-Folgestörungen wie auffallende Unruhezustände, vermehrte Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, aggressives Verhalten oder Rückzug. Da man davon ausgehen kann, dass die Fluchtgründe und Fluchtruten der letzten Jahre zu einem sehr hohen Anteil mit traumatischen Erlebnissen verbunden waren und immer noch sind (Tam et al., 2017; Heptinstall et al., 2004), wurden die Pädagoginnen und Pädagogen von den TRT-Trainerinnen und Trainern zu großzügiger Zuweisung aus der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund angehalten.

Anschließend wurden sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch deren Eltern über die Inhalte und Ziele des TRT-Programmes und der Evaluationsstudie informiert und konnten sich zur Teilnahme anmelden. Die Teilnahme am TRT-Training

erfolgte ausschließlich nach schriftlicher Zustimmung. Die Einverständniserklärungen waren neben Deutsch auch in den Sprachen Arabisch, Kurdisch und Dari/Farsi verfügbar.

## 4.3 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Es wurden nur Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis achtzehn Jahren eingeschlossen, die eine Neue Mittelschule oder eine Polytechnische Schule besuchten und bei denen von Pädagoginnen oder Pädagogen Hinweise auf Trauma-Folgestörungen wahrgenommen worden waren sowie Fluchthintergrund bestand. Weiters konnten nur Kinder und Jugendliche teilnehmen, die explizit zur Teilnahme eingewilligt hatten. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der vier Neuen Mittelschulen wurde zusätzlich das schriftliche Einverständnis der Eltern eingeholt, bei den Schülerinnen und Schülern der Polytechnischen Schule, die alle über sechzehn Jahre alt waren, war die schriftlich Zustimmung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausreichend.

Ausschlusskriterium war eine ausgeprägte Posttraumatische Belastungsstörung, die im Einzelfall entweder im Interesse der betroffenen Person oder der Gruppe gegen eine Teilnahme sprach. In diesen Fällen wurde der Familie geholfen, eine Trauma- oder psychotherapeutische Einzeltherapie zu organisieren. Kinder und Jugendliche, die mehr als zwei TRT-Einheiten versäumt hatten, wurden ebenfalls von der Studie ausgeschlossen.

## 4.4 INTERVENTION: ORGANISATION UND DURCHFÜHRUNG DES TRT- TRAININGS

Die TRT-Kurse fanden an den jeweiligen Schulen zu Unterrichtszeiten statt und bestanden aus acht Einheiten. Diese acht Treffen bestanden aus einer Informationsveranstaltung vor Beginn der TRT-Schulung, sechs TRT-Trainingseinheiten zu je 50 Minuten und einer Abschusseinheit. Für die sechs Trainingseinheiten trafen sich die Kinder und Jugendlichen, die meist aus verschiedenen Klassen kamen, jede Woche am selben Wochentag und zur selben Zeit zu den Kursen. Lehrerinnen waren während der TRT-Trainingseinheiten nicht anwesend, weibliche und männliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in getrennten Gruppen geschult. Es gab die Absprache mit den Klassenlehrerinnen und Klassenlehrern, dass für die Mädchen und Jungen durch das Fehlbleiben vom Regelunterricht, der in dieser Zeit stattfand, möglichst keine Nachteile entstehen sollten. Bei der Einteilung der Gruppen wurde darauf geachtet, dass die muttersprachlichen TRT-Trainerinnen und Trainer so verteilt waren, dass möglichst jedes Kind in seiner Muttersprache Fragen stellen und sich mitteilen konnte. Das Programm wurde in einer Mischung aus Deutsch und der jeweiligen Muttersprache gehalten, was es den Kindern leichter machte, über ihre Gefühle zu sprechen.

Nach der letzten Einheit war ein zweites Treffen für die Eltern vorgesehen, das auch Elemente von Elternttraining enthielt. Die Mütter und Väter wurden dort mit den wichtigsten Werkzeugen und Übungen vertraut gemacht, die die Kinder und Jugendlichen in den Trainingseinheiten gelernt hatten. Dieses zweite Elterntreffen fand an drei von den vier Neuen Mittelschulen statt, in einer Neuen Mittelschule erfolgte nur ein Elterntreffen vor dem TRT-Training, in der Polytechnischen Schule waren die Eltern in keine Treffen eingebunden. Die Informationen wurden dort in schriftlicher Form über die Organisationsstrukturen der Schule übermittelt.

Die sechs TRT-Trainingseinheiten gliederten sich inhaltlich in Psychoedukation, Methoden zur Stressbewältigung, Übungen zu Problemen mit Schlaf, Alpträumen und übermäßigen Sorgen, Strategien zum Umgang mit Angst, Übungen zur Kontrolle von intrusiven Gedanken und Erinnerungen und Entwicklung von Strategien für die Zukunft. Bei einem Abschlusstreffen bekamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den Kurs regelmäßig besucht hatten, ein Teilnahmezertifikat verliehen.

## 4.5 DATENGEWINNUNG

Im folgenden Abschnitt wird beschrieben, wie die Daten für die vorliegende Evaluationsstudie gewonnen wurden. Es wird einzeln auf die quantitative Erhebung und auf die qualitative Erhebung eingegangen, die zeitgleich und streng voneinander getrennt durchgeführt wurden.

### 4.5.1 QUANTITATIVER TEIL

Zur quantitativen Erhebung der Symptome Posttraumatischer Belastungsstörung wurde der Children's Impact of Event Scale (CRIES-8) Fragebogen verwendet.

Dieser Fragebogen ist eine kindgerechte Adaptierung des Impact of Event Scale (IES), der ursprünglich 1979 von Horowitz entwickelt wurde, um das Auftreten ungewollter Erinnerungen an ein traumatisches Erlebnis (Intrusion) und ein Vermeidungsverhalten in Hinblick auf Handlungen und Gefühle, die mit diesem Erlebnis in Zusammenhang stehen, zu messen (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). William Yule, Mitbegründer der Children and War Stiftung und einer der Entwickler des TRT-Programmes, hatte 1997 diesen Fragebogen in eine für Kinder geeignetere und kürzere Form gebracht, den CRIES-8, der mittlerweile mehrfach evaluiert wurde und sich durch eine gute Reliabilität und Validität auszeichnet (Perrin et al., 2005). Dieses Instrument ist für Kinder zwischen acht und achtzehn Jahren geeignet, die selbstständig Lesen und Schreiben können. Er besteht aus acht Punkten, wobei vier davon Intrusion abfragen und vier Vermeidung. Der CRIES-8 Fragebogen wird als Screening Instrument international eingesetzt und ist in mehr als zwanzig Sprachen übersetzt.

In der vorliegenden Evaluation wurde der CRIES-8 Fragebogen jeweils vor Beginn der ersten Einheit und nach Abschluss der letzten Einheit des TRT-Trainings von den teilnehmenden Mädchen und Burschen ausgefüllt. Dabei befanden sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der jeweiligen Gruppe zusammen in einem Raum, es wurde jedoch durch die ebenfalls anwesenden Trainer darauf geachtet, dass es möglichst zu keinem inhaltlichen Austausch kam und die Privatsphäre der einzelnen Person gewahrt blieb. Fragen zu Verständnis wurden von den anwesenden TRT-Trainerinnen und Trainern beantwortet, es wurde auf ausreichend Ruhe und Zeit geachtet. In der vorliegenden Studie wurden die Fragebogen entweder in der jeweiligen Muttersprache, Arabisch oder Dari/Farsi, oder auf Deutsch ausgefüllt, je nach Präferenz der Teilnehmenden. Das Sprachverständnis stellte in der Regel kein Problem dar. Manche Ausdrücke, die einzelnen Kindern und Jugendlichen unklar waren, wurden von den muttersprachlichen Trainerinnen und Trainern so gut wie möglich erklärt.

Leider waren die Fragebögen bei 43 Prozent der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen nicht für die Studie verwertbar, da sie teilweise unvollständig oder inkorrekt ausgefüllt waren. Auf mögliche Gründe dafür wird in der Diskussion näher eingegangen.

## 4.5.2 QUALITATIVER TEIL

Der zweite Teilaspekt dieser Mixed-Methods-Studie lag in einer qualitativen Erhebung der Wirkungswahrnehmung, die durch Interviews mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrern erhoben wurde.

Es wurden 39 halbstrukturierte Interviews mit 23 Kindern und Jugendlichen, 10 Lehrerinnen und Lehrern und 6 Eltern geführt. Die Befragungen der Kinder und Jugendlichen erfolgten teilweise in deutscher Sprache und teilweise auf Arabisch. Die Gespräche mit den Eltern fanden immer in deren Muttersprache statt (Arabisch oder Dari/Farsi). Die Interviews mit den Lehrerinnen und Lehrern wurden alle in deutscher Sprache abgehalten.

Die Stichprobenauswahl erfolgte gemäß den Vorgaben für qualitative Forschung zweckmäßig und bewusst, um jene Personen zu finden, die die gewünschten Informationen liefern können (Patton, 2015). Dem Prinzip der maximalen Variation in der Stichprobe folgend wurden aktive und weniger aktive, begeisterte und skeptische Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewählt.

Die Kinder, Jugendlichen, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer wurden in halbstrukturierten Interviews zur Wirkung des Trainings befragt (siehe Fragenkataloge im Anhang). Die Interviews wurden größtenteils als Einzelinterviews durchgeführt, zwei der Interviews mit den Kindern und Jugendlichen wurden zu zweit durchgeführt, zwei Elternpaare wurde gemeinsam interviewt. Ein Interview mit einer Mutter erfolgte telefonisch, alle anderen persönlich.

Der benutzte Interviewleitfaden wurde den interviewenden Personen im Vorfeld vorgestellt und von den muttersprachlichen Trainerinnen und Trainern auf Arabisch und Dari/Farsi übersetzt, sodass alle beteiligten Personen sich gut auf die Interviewsituation vorbereiten konnten. Die interviewenden Personen hatten Informationen über das Konzept des TRT-Trainings, waren aber nicht Teil des TRT-Programmes an der jeweiligen Schule, die interviewten Personen waren ihnen vorher nicht bekannt. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig und eine Tonbandaufzeichnung wurde nur nach mündlichem Einverständnis der interviewten Person gestartet.

Den Prinzipien qualitativer Interviews folgend, wurde in der Durchführung der Interviews darauf geachtet, dass die Antworten möglichst in Form einer freien Rede erfolgten. Ebenso sollte keine Wertung des Gesagten während des Interviews erfolgen (Cropley, 2011). Die Fragen des festgelegten Fragenkataloges konnten während der Durchführung der Interviews erweitert werden, um weitere relevant erscheinende Themen zu beleuchten, die sich während der Befragung ergaben.



## 4.6 DATENAUSWERTUNG

Der überwiegende Teil der Interviews wurde aufgezeichnet (Tonaufzeichnung) und anschließend transkribiert. Transkription bezeichnet dabei das Übertragen der Audioaufnahme in eine schriftliche Form (Dresing & Pehl, 2018). Es wurde wörtlich transkribiert, Ausdrücke des Dialekts wurden ins Hochdeutsche überführt, grammatikalische Fehler wurden teilweise für die bessere Verständlichkeit korrigiert, nicht vollständige Sätze wurden ebenfalls festgehalten, Stottern und Stammeln wurde geglättet (Dresing & Pehl, 2018). Die auf Arabisch oder Dari/Farsi durchgeführten Interviews wurden erst in der jeweiligen Muttersprache transkribiert und dann übersetzt.

Die Interviews fanden größtenteils in den jeweiligen Schulen nach Verleihung der Teilnahmezertifikate statt. Ein Interview mit einer Mutter erfolgte telefonisch. Auf Grund der räumlichen Umstände an den Schulen war es nicht möglich, einen abgeschlossenen Raum für die Interviews zu finden, sodass die Gespräche meist mit anderen Personen in räumlicher Nähe stattfanden. Es wurde jedoch darauf geachtet, einen ruhigen Ort zu schaffen, wo sich die Befragten wohl und sicher fühlen konnten. Besonderes Augenmerk wurde auf die Freiwilligkeit und den Respekt gegenüber der individuellen Privatsphäre gelegt, bei Zögern oder Verweigerung der Antwort wurde nicht nachgefragt. Auf Aspekte des Datenschutzes wird in Folge noch eingegangen.

Hier wird das Vorgehen der Datenauswertung beschrieben. Die quantitative Auswertung der Ergebnisse erfolgte, wie bei der Erhebung der Daten, streng getrennt von der qualitativen Analyse. Aus diesem Grund wird auch das Vorgehen bei den unterschiedlichen Auswertungsprozessen getrennt angeführt.

### 4.6.1 QUANTITATIVE AUSWERTUNG

In die Studie eingeschlossen waren insgesamt fünf Schulen, vier Neue Mittelschulen und eine Polytechnische Schule. An den TRT-Schulungsprogrammen an diesen Schulen hatten 104 Kinder und Jugendliche teilgenommen. Vier Kinder und Jugendliche hatten das Programm vorzeitig abgebrochen.

Die Auswertung der CRIES-8 Fragebögen erfolgte nach den Vorgaben des Testbogens. Die Punkte wurden nach dem vorgegebenen Auswertungsschema vergeben und zusammengezählt. Die Ergebnisse wurden zwei Kategorien zugeteilt, ab 17 Punkten galt der Test als positiv für Posttraumatische Belastungsstörung, bei einem Ergebnis unter 17 Punkten galt er als negativ.

Die beiden Testzeitpunkte waren einerseits vor Beginn der Intervention und andererseits unmittelbar nach Abschluss des Programmes. Die Daten wurden über Excel erfasst und anschließend mittels Statistiksoftware SPSS ausgewertet. Die Ergebnisse der CRIES-8 zu den beiden Testzeitpunkten wurden mittels t-Test für abhängige Stichproben auf Verbesserung untersucht.

## 4.6.2 QUALITATIVER TEIL

Alle Transkripte und Protokolle der Interviews wurden nach den Richtlinien der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Es wurde ein induktiver Zugang gewählt, um das Material möglichst neutral und analytisch auszuwerten und möglichst auszuschließen, dass etwaige Vorannahmen das Ergebnis verzerren (Patton, 2015). Alle Kategorien wurden direkt aus dem Material abgeleitet und somit nicht durch vorher festgelegte Theoriekonzepte beeinflusst.

In einem ersten Schritt wurden nach Durchsicht der transkribierten Interviews Kategoriendefinitionen und das Abstraktionsniveau festgelegt. Kategoriendefinitionen umfassten das subjektive Erleben der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf PTBS-Symptome und eventuelle Veränderungen, die ihnen selbst, den Eltern oder den Lehrerinnen aufgefallen sind. Weiters wurden Bewertungen zu einzelnen Methoden des TRT-Trainings, zum Erleben in der Gruppe und zu allgemeinen Rückmeldungen über den Kurs einbezogen. Das Abstraktionsniveau wurde festgelegt als ein Empfinden oder persönlicher Eindruck, der bei anderen Personen ebenfalls gleich oder ähnlich auftreten kann aber nicht muss. Die Kodiereinheit wurde als einzelne Textstelle in einem Transkript festgelegt, die in Bezug auf die Kategoriendefinition einen bedeutenden Inhalt hat und klar verständlich ist, sodass möglichst wenig Interpretationsspielraum möglich ist. Die Kontexteinheit umfasste die Transkription eines Interviews einer Person. Die Auswertungseinheit war, wie bei jeder induktiven Kategorienbildung (Mayring, 2015), das gesamte Transkriptionsmaterial, umfasste also alle durchgeführten Interviews.

Nach einer ersten Durchsicht des Materials ergaben sich die Kategorien Wirkung, Trauma und Schule, TRT-Favorites, Gefühl in der Gruppe, Druck von allen Seiten, und Feedback/Empfehlung. Es folgte ein neuerlicher Analysedurchgang des gesamten Materials mit Bezug auf die Forschungsfragen. In diesem zweiten Analyseschritt floss die Kategorie Druck von allen Seiten in die Kategorie Trauma und Schule ein. TRT-Favorites und Feedback/Empfehlung wurde zusammengelegt und wurde ein Teil der Kategorie TRT-Gruppe. Nach einer neuerlichen Durchsicht und nochmaliger Rücküberprüfung des gesamten Materials blieben drei Hauptkategorien mit mehreren Unterkategorien bestehen (siehe Kapitel 7.2).

## 4.7 GÜTEKRITERIEN

Gütekriterien dienen dazu, wissenschaftliche Forschung in Hinblick auf die Qualität der Prozesse und Ergebnisse zu beurteilen (Mayring, 2016). Bei der vorliegenden Arbeit wurde besonderes Augenmerk auf die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität gelegt.

Das Qualitätskriterium der Objektivität, also der größtmöglichen Unabhängigkeit der Ergebnisse von äußeren Einflussfaktoren, wurde dadurch erreicht, dass die Untersuchungen an verschiedenen Schulen, mit Kindern und Jugendlichen verschiedener Herkunft, unterschiedlichen Alters und beiden Geschlechtes durchgeführt wurden. Die TRT-Kurse wurden von unterschiedlichen Trainerinnen und Trainern durchgeführt. Die im Prozess der Interviews und Transkriptionen eingebundenen Personen waren am TRT-Training der jeweiligen Schule nicht beteiligt. Die Qualitative Inhaltsanalyse erfolgte induktiv, alle Kategorien wurden direkt aus dem Material abgeleitet und somit nicht durch vorher festgelegte Theoriekonzepte beeinflusst. Alle Analyseschritte und -ergebnisse wurden mit nicht involviertem Fachpersonal diskutiert.

Die Validität der Studie konnte im quantitativen Teil durch den Einsatz eines evaluierten Fragebogens erreicht werden, der sich durch gute Reliabilität und Validität auszeichnet (Perrin et al., 2005). Die Validität der qualitativen Untersuchung stellt sicher, dass in einer Studie das erfasst wird, was erfasst werden soll. In der vorliegenden Evaluation konnte das dadurch gezeigt werden, dass die Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse die Forschungsfragen umfangreich beantworten.

Die Reliabilität, also die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse, wurde in dieser Arbeit durch Triangulation und den Einsatz unterschiedlicher wissenschaftlicher Methoden, hier durch Verbindung von quantitativer mit qualitativer Forschung, erreicht.

Die Erhebung, die Auswertung und die Analyse der Daten erfolgten streng theoriegeleitet und regelgeleitet. Die Untersuchung folgte eindeutig formulierten Forschungsfragen, die an Ergebnisse aus vorangegangenen Studien anknüpften, um ein tieferes und umfassenderes Verständnis über das Thema zu gewinnen. Das Material wurde schrittweise und systematisch bearbeitet (Mayring, 2015).

## 5. ETHISCHE ASPEKTE

Diese Studie wurde einer Prüfung durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz unterzogen und erhielt eine positive Bewertung.

Die großteils minderjährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Evaluationsstudie gehören einer vulnerablen Gruppe an, sodass hier besondere Maßnahmen zum Schutz dieser Kinder und Jugendlichen getroffen wurden. Da es aus anderen Ländern schon Untersuchungen zur Wirkung des TRT-Programmes gab, die eine Verbesserung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten (Giannopoulou et al., 2006; Barron et al., 2017; Sarkadi et al., 2017), waren die Erwartungen dahingehend, dass auch hier positive Ergebnisse zu erzielen waren und somit die Kinder und Jugendlichen keinem erhöhten Risiko für negative Auswirkungen ausgesetzt waren.

Die Teilnahme erfolgte freiwillig nach explizierter Zustimmung sowohl der Kinder und Jugendlichen als auch der Eltern der minderjährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es wurde regelmäßig an die Freiwilligkeit erinnert und die Kinder und Jugendlichen konnten jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme sowohl am TRT-Programm als auch an der Befragung abbrechen. Es fanden vor Beginn der Schulung und teilweise am Ende der Schulungen Informationsgespräche mit Eltern und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt, um alle auftretenden Fragen möglichst zu beantworten.

Einschränkend ist hier festzuhalten, dass nicht völlig ausgeschlossen werden kann, dass sowohl Eltern als auch Kinder und Jugendliche einen gewissen inneren Druck verspürten, der gesellschaftlichen Forderung nach Integration zu entsprechen, also das zu tun, was die österreichische Gesellschaft ihrer Meinung nach von ihnen erwartet. In den Informationsveranstaltungen, die den TRT-Kursen vorangegangen sind, haben sich die Veranstalter bemüht zu betonen, dass die Teilnahme freiwillig und die Organisation unabhängig von Behörden ist, sowie auch in keinem Zusammenhang mit der Schule steht.

Bei manchen Eltern bestand die Sorge, dass ihre Kinder durch die Teilnahme am Training Schulstunden versäumen und sich dadurch Nachteile in der Benotung ergeben würden. Die Schule unterstützte die Durchführung des Programmes und ließ es den Kindern und Jugendlichen völlig offen, ob sie es besuchen wollten oder am Regelunterricht teilnahmen. Auf die Leistungsbeurteilung hatte weder das eine noch das andere einen Einfluss.

## 6. DATENSCHUTZ

Ein weiterer potentiell kritisch zu sehender Aspekt war eine mögliche Retraumatisierung durch Konfrontation mit verdrängten traumatischen Erlebnissen. Dazu ist festzuhalten, dass das Programm vor allem auf Sicherheit und Stabilisierung ausgerichtet ist und eine Konfrontation nicht zwingend vorgesehen ist. Der Inhalt des TRT-Programmes besteht größtenteils daraus, zu lernen, mit schwer kontrollierbaren Emotionen, Unruhezuständen und unerwünschten Erinnerungen umzugehen. Von den TRT-Trainierinnen und Trainern wurde zu jedem Zeitpunkt der Trainingseinheiten und der Befragungen auf die emotionale Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geachtet und bei Auftreten emotionaler Reaktionen sofort unterstützend eingegriffen. Sowohl während der Trainingseinheiten, als auch in den Gesprächen mit den Eltern, Lehrkräften und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbst, wurde großes Augenmerk auf Wahrung der Privatsphäre, Verschwiegenheit und respektvollen Umgang gelegt.

Kritisch anzumerken ist die Tatsache, dass sowohl Kinder und Jugendliche, die keinen gültigen CRIES-8 Fragebogen vor der Teilnahme ausgefüllt hatten als auch solche, deren CRIES-8 unter 17 Punkten blieben, die also negativ für PTBS getestet hatten, beim TRT-Programm mitmachen konnten. Die Veranstalter gingen in diesen Fällen davon aus, dass vom Lehrkörper beobachtete Hinweise auf Symptome von Posttraumatischer Belastungsstörung, der Wunsch nach Teilnahme und die durchgemachte Fluchterfahrung ausreichend für die Zulassung zur Teilnahme waren.

Um die Anonymität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu wahren, wurden folgende Maßnahmen getroffen:

Die CRIES-Fragebögen wurden mit Codes pseudonymisiert. Die Zuordnung der Codes erfolgte durch die Autorin, den anderen an der Evaluation beteiligten Personen waren die Namen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen nicht bekannt. Nach Abschluss der Evaluation wurden alle persönlichen Daten gelöscht. Die Tonbandaufzeichnungen der Interviews wurden transkribiert und ebenfalls pseudonymisiert und mit Codes versehen, die die Identifizierung der Person wesentlich erschwerte. Da in den Interviews auch Fragen zum Herkunftsland und zur Schule gestellt wurden, ist ein Rückschluss auf die Identität der interviewten Personen theoretisch nicht auszuschließen, jedoch hatten ausnahmslos die transkribierenden Personen und die Autorin Einsicht in die Interviews und verpflichteten sich zu absoluter Verschwiegenheit.

Die Tonbandaufzeichnungen wurden direkt nach der Transkription gelöscht. Alle Daten wurden elektronisch auf einem Datenträger gespeichert und gemeinsam mit den Fragebögen verschlossen verwahrt. Die Zusammenführung der Daten erfolgte ausschließlich von der Autorin auf einem Computer mit Zugriffsbeschränkung.

## 7. ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluationsstudie dargestellt. Wie in den vorherigen Abschnitten, wird auch hier der quantitative Teil vom qualitativen getrennt präsentiert.

### 7.1 ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN ANALYSE

Insgesamt hatten 104 Kinder und Jugendliche an fünf Schulen das TRT-Programm begonnen, 46 Mädchen (44%) und 58 Burschen (56%). Nach Ausschluss von vier Kindern und Jugendlichen, die das Programm vorzeitig abgebrochen haben und 43 Kindern und Jugendlichen, von denen es keine gültigen Ergebnisse im CRIES-8-Fragebogen vor und nach der Intervention gab, bestand die Stichprobe aus 57 Kindern und Jugendlichen. Davon waren 21 weiblich (37%) und 36 männlich (63%).

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte nach den Vorgaben des CRIES-8-Testmanuals. Die Punkte wurden nach dem vorgegebene Auswertungsschema vergeben und zusammengezählt. Eine Punktzahl von 17 oder mehr galt als positiv für Posttraumatische Belastungsstörung. Je höher die Punktzahl im Fragebogen, desto ausgeprägter die PTSD-Symptome. Die Dateneingabe erfolgte über Excel, für die statistische Auswertung wurde die Statistiksoftware SPSS (Version 25) verwendet. Nach der Normalverteilungsprüfung wurden Mittelwerte und Standardabweichung der CRIES-8-Ergebnisse vor und nach der Intervention ermittelt. Diese wurden mittels t-Test für abhängige Stichproben verglichen, um herauszufinden, ob es Unterschiede zwischen den zwei Testzeitpunkten (vor vs. nach der Intervention) gab.

**Tabelle 1**

Variable	vorher M (SD)	nachher M (SD)	t (df)	p	Cohen's d
CRIES (gesamt)	18.98 (8.89)	15.42 (8.44)	2.46 (56)	.017	0.41
CRIES (Mädchen)	19.62 (10.14)	21.67 (6.49)	-.81 (20)	.427	-0.24
CRIES (Jungen)	18.61 (8.21)	11.78 (7.28)	4.44 (35)	< .001	0.88

Anmerkungen. Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD).  
Hohe Werte im CRIES bedeuten stärkere Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Werte >17 gelten als positiv für PTBS.

Tabelle 2

Variable	vorher M (SD)	nachher M (SD)	t (df)	p	Cohen's d
CRIES ( $<17$ Punkte)	10.04 (4.59)	14.52 (9.33)	-2.35 (22)	.028	-0.59
CRIES ( $>17$ Punkte)	25.03 (5.18)	16.03 (7.87)	6.19 (33)	$< .001$	1.34

Anmerkungen. Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD).  
Hohe Werte im CRIES bedeuten stärkere Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Werte  $>17$  gelten als positiv für PTBS.

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den zwei Testzeitpunkten: Nach der Intervention wiesen die teilgenommenen Kinder und Jugendlichen durchschnittlich 3.56 Punkte (SD = 10.95) weniger im CRIES-8-Fragebogen auf als vor der Intervention. Die Effektstärke liegt bei  $d = 0.41$ . Dabei handelt es sich nach Cohen (1988) um einen kleinen bis mittleren Effekt.

In Tabelle 1 ist ebenfalls ersichtlich, dass bei den Burschen ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den zwei Testzeitpunkten gefunden werden konnte. Dabei zeigte sich eine Effektstärke von  $d = 0.88$ , was nach Cohen (1988) einen großen Effekt darstellt. Bei den Mädchen konnte kein signifikanter Unterschied dargestellt werden.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich jeweils, besonders bei den Mädchen, um eine kleine Stichprobe handelt. Für aussagekräftigere Ergebnisse wäre eine größere Stichprobe anzustreben.

Zusätzlich wurde untersucht, ob bei Kindern und Jugendlichen, die stärkere Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen, diese durch das TRT-Training reduziert werden konnten. Der CRIES-8 Fragebogen testet Intrusion und Vermeidung, zwei Hauptsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei einer maximal zu erreichenden Punkteanzahl von 40, gilt er ab 17 Punkten als positiv für PTBS (siehe Kapitel 4.5.1). Daher wurden die Ergebnisse im CRIES-8 Fragebogen in zwei Kategorien geteilt. Die Gruppe ab 17 Punkten galt als positiv für eine Posttraumatische Belastungsstörung, die Gruppe unter 17 Punkten galt als negativ für PTBS.

Von den 57 teilgenommen Kindern und Jugendlichen wiesen vor der Intervention 23 (40%) einen Wert unter 17 auf, 34 (60%) einen Wert über 17 auf. Ein t-Test für abhängige Stichproben zeigte, dass Kinder und Jugendliche mit einem Wert unter 17 Punkten einen signifikant höheren Wert nach der Intervention aufwiesen als vor der Intervention (siehe Tabelle 2), jedoch blieben sie im Durchschnitt weiter unter 17 Punkten. Auch hier gilt, die kleine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen, die CRIES-Werte unter 17 Punkten ( $n = 23$ ) aufwiesen, bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, da davon auszugehen ist, dass kleine Stichproben stärker von Störvariablen und Ausreißern beeinflusst werden.

Eindeutig zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit einem Ausgangswert über 17 Punkten nach der Intervention einen signifikant niedrigeren Wert im CRIES-Fragebogen aufwiesen als vor der Intervention. Das bedeutet, dass bei Kindern und Jugendlichen, die vor dem TRT-Training eindeutig positiv für PTBS getestet hatten, eine signifikante Besserung ihrer Symptome nach der Intervention nachzuweisen war.

## 7.2 ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN ANALYSE

Nach einem mehrstufigen Analyseprozess (siehe Kapitel 4.6.2) konnten aus den Interviews beziehend auf die Forschungsfragen drei Hauptkategorien abgeleitet werden. Die Kategorien werden in Tabelle 3 übersichtsmäßig dargestellt und die entsprechenden Ergebnisse jeweils in einem folgenden Unterkapitel näher beschrieben.

Im Verlauf der qualitativen Analyse wurden auch Parameter wie Herkunftsland, Geschlecht, Aufenthaltsdauer in Österreich und Asylstatus untersucht. Es sollte erhoben werden, ob Unterschiede in Wirkung und Erleben des TRT-Programms bei den einzelnen Gruppen zu finden waren. Der allergrößte Teil der befragten Kinder und Jugendlichen kam aus Syrien oder Afghanistan. Es fanden sich keine Unterschiede im Erleben oder der Wirkungswahrnehmung zwischen den unterschiedlichen Herkunftsländern. In Bezug auf die Aufenthaltsdauer gab es keine großen Schwankungen. Alle befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten einen positiven Asylbescheid.



Tabelle 3: Hauptkategorien

<p><b>WIRKUNG VON TRT</b></p> <p>Schlaf – Einschlafen und Alpträume</p> <p>Konzentration – geht besser ohne störende Gedanken</p> <p>Anspannung lösen – Ruhe finden</p> <p>Kontrolle über Gedanken und Gefühle</p> <p>Umgang mit Wut und Aggression</p>
<p><b>TRT IN DER SCHULE</b></p> <p>Trauma und Schule</p> <p>TRT im Regelunterricht</p>
<p><b>DIE TRT GRUPPEN</b></p> <p>Gefühl in den Gruppen</p> <p>Sicht von außen auf die Gruppen</p> <p>TRT-Inhalte – was gefällt, was nicht?</p>

### 7.2.1 WIRKUNG VON TRT

Von den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen wurde die Wirkung des TRT-Programmes auf Symptome, die in Zusammenhang mit Posttraumatischer Belastungsstörung stehen, durchwegs als positiv beschrieben. Von den 23 interviewten Kindern und Jugendlichen gaben dreiviertel an, eine deutliche positive Wirkung bemerkt zu haben. Die meisten anderen sagten, dass sich wenig positiv verändert hätte, eine befragte Person machte keine Aussage zur Wirkung. Ein Schüler gab an nichts gelernt zu haben, berichtete allerdings im weiteren Verlauf des Interviews, dass er gelernt hatte, Träume zu kontrollieren und die Übungen auch anwende.

Davon unterschiedlich waren die Aussagen der interviewten Eltern. Hier berichtete nur eine Mutter, dass sie positive Veränderungen bei ihrer Tochter bemerkt habe, diese sei ruhiger und entspannter geworden, lächle mehr. Die anderen Eltern, drei Väter und zwei Elternpaare, beschrieben keine Veränderungen. Die Väter, die auch bei den Interviews beider Eltern vornehmlich die Fragen beantworteten, betonten, dass ihre Kinder keine psychologischen oder anderwärtigen Probleme und keinen Bedarf nach psychologischer Betreuung hätten. Es fiel in den Interviews auf, dass die Väter selbst unter hohem Druck zu stehen schienen. Manche berichteten detailliert von Sorgen mit Wohnraum, Familie und Erziehung der Kinder. Auf die Frage, ob die Kinder vom Programm erzählt hätten, sagte ein Vater er könne es nicht sagen, denn er sei wenig zu Hause. Ein anderer sagte, er denke schon, aber als der Sohn mit ihm sprach, konnte er sich nicht darauf konzentrieren und habe es sich daher nicht gemerkt.

Bei der Befragung der Lehrerinnen und Lehrer gab mehr als ein Drittel an, positive Veränderungen in

der Klasse oder an einzelnen Kindern bemerkt zu haben. Genauso viele machten keine Angaben zur Wirkungswahrnehmung und zwei befragte Lehrpersonen sagten, es sei unklar, ob eine Wirkung festzustellen sei.

Im Folgenden werden die einzelnen Unterkategorien, also die Wirkung auf einzelne Symptome, die mit Posttraumatischer Belastungsstörung assoziiert sind, besprochen.

## Schlaf – Einschlafen und Alpträume

Übererregtheit ist eines der typischen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung und führt häufig zu Schlafproblemen. Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen sind in der Gruppe der Menschen mit Fluchthintergrund ein häufig auftretendes Problem (Park, Elbert, Kim & Park 2019). In oder nach belastenden Lebensereignissen fällt das Einschlafen oft schwer, für viele geflüchtete Menschen ist Schlaf ein wichtiges Thema. Sorgen oder Gedankenkreisen, aber auch Angst vor Alpträumen halten die Menschen oft bis spät in die Nacht hinein wach und führen zu Müdigkeit, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten am nächsten Tag.

In den durchgeführten Interviews sprachen fünf der befragten Kinder ausführlich darüber, dass sie durch Schlafstörungen und/oder Alpträume sehr belastet waren und sich durch das TRT-Training viel zum Positiven verändert habe.

*Ich hatte Angst einzuschlafen, da waren manchmal Tage da hatte ich Alpträume und wollte nicht schlafen, ich habe mein Handy benutzt, damit ich nicht einschlafe... aber jetzt schlafe ich gut. Ich mache die sicherer-Ort-Übung vor dem Schlafen und kann so gut einschlafen.*

Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten, dass die im TRT-Programm gelernten Übungen zur Entspannung und Kontrolle von unerwünschten Erinnerungen und Gedanken ihnen geholfen haben, besser einzuschlafen oder weniger Alpträume zu haben.

*Ich habe gelernt, Anspannung loszuwerden und mich zu entspannen, wenn ich nicht einschlafen kann.*

Ein Mädchen erzählte, immer beim Schlafengehen „schlechte Bilder“ gesehen zu haben. Wenn sie die Augen schloss, tauchten Erinnerungen auf, die sie nicht steuern konnte. Jetzt, nach dem Programm, könne sie sich „schöne Bilder“ herholen. Die Kinder und Jugendlichen beschrieben, dass sie die Alpträume teilweise sehr belasteten.

*Die Übungen gegen Schlafstörungen haben mir sehr geholfen. Was in meinem Leben mich gestört hat, das waren immer Schlafstörungen, ich hatte immer (Alp)Träume, jeden Tag, jede Nacht, Träume und Träume... das hat mir geholfen...ich hatte ganz grausliche Träume und das ist jetzt besser.*

Ein Teilnehmer erzählte, dass seine Eltern ihm immer gesagt hatten, er solle mit niemandem über seine Alpträume sprechen, das „wäre schlecht“. Im TRT-Training sei er dazu ermutigt worden, über unangenehme Dinge zu sprechen und er habe ge-

merkt, dass es ihm besser ging, wenn er über seine Alpträume sprach. Er sagte, er habe die Erfahrung gemacht, dass man „es vergisst, wenn man es erzählt“.

## Konzentration geht besser ohne störende Gedanken

Die Schwierigkeit, sich auf eine Tätigkeit zu konzentrieren, ist ein häufig auftretendes Symptom von Posttraumatischer Belastungsstörung. Gerade in Bezug auf das Erlernen einer neuen Sprache und die Leistungsbeurteilung in der Schule wurde das von den Betroffenen als großes Problem dargestellt. Sie beschrieben, dass die erlernten Übungen zur Steigerung der Konzentration sehr hilfreich wären, um im Moment zu sein.

*Wenn ich Hausübungen mache und dabei Gedanken habe was früher passiert ist, dann ist alles verwirrt. Die haben uns gelehrt ruhig atmen und mit kaltem Wasser Gesicht waschen. Du musst nur an das denken, was du machst, nur darüber nachdenken.*

Wiederholt berichteten Kinder und Jugendliche in den Interviews davon, dass sie sich seit dem TRT-Programm besser konzentrieren konnten.

*In der Schule hat sich auch was verändert ...ich kann mich jetzt besser in der Klasse konzentrieren.*

Die Schülerinnen und Schüler beschrieben, wie sich die verbesserte Konzentration positiv auf die schulische Leistung auswirkte. Wenn die Kinder und Jugendlichen besser zuhören können, stellen sich auch Erfolge ein.

*(Vorher) konnte ich mich gar nicht konzentrieren, aber jetzt seit dem Programm mach ich alle meine Hausübungen und meistens sind sie sogar richtig.*

Es wurde der Eindruck beschrieben, dass eine verbesserte Konzentration auch von außen merkbar ist.

*In diesem Programm habe ich gelernt, mich besser zu konzentrieren, das gelingt mir jetzt besser das Konzentrieren, das merkt auch der Lehrer.*

Tatsächlich wurde auch von den interviewten Lehrerinnen und Lehrern berichtet, dass sie Veränderungen wahrgenommen hätten.

*Sie sind ruhiger, irgendwas hat sich getan ...*

Von Lehrerinnen und Lehrern wurde festgestellt, dass sich die vermehrte Ruhe direkt auf den Unterricht auswirkt. Sind die Schülerinnen und Schüler konzentrierter, ändere sich merklich das System.

*Durch die Ruhe kommt dann auch ..kann man dann auch mit ihnen arbeiten.*

## Anspannung lösen, Ruhe finden

Einige der interviewten Kinder und Jugendliche äußerten sich im Detail zum Thema Ruhe finden und Anspannung lösen. Sie berichteten, dass sie die Übungen zur Entspannung schätzten und erfolgreich einsetzten. Als Beispiel wurde mehrmals die Anspannung vor Schularbeiten oder Prüfungen genannt.

☺☺ *Ich hab' gelernt vor Schularbeiten, wenn ich Stress habe, tief atmen und es funktioniert wieder besser.*

Die Kinder und Jugendlichen gaben an, gelernt zu haben, sich selbst beruhigen zu können.

☺☺ *Diese Übungen helfen, dass man sich selbst beruhigen kann.*

Eine Person beschrieb das Gelernte als neu gewonnene Kraft, um diese Situationen meistern zu können, selbst wenn der Druck enorm groß sei.

☺☺ *Ich habe gelernt, wie ich mich besser verstehen kann, ich meine, wie ich Stress loswerden kann, besonders wenn ich unter hohem Druck stehe. Wie ich dieses Gefühl verändern kann und wie ich mich wieder wohlfühlen kann.*

Es wurde berichtet, dass es leichter ist, auf Symptome von Stress zu reagieren, wenn man gelernt hat, sie zu erkennen und erhöhte Spannung lösen zu können.

☺☺ *Manchmal habe ich Kopfschmerzen, dann mach ich eine Dusche oder trinke einen Tee.*

Eine Mutter berichtete, dass sie den Eindruck habe, ihre Tochter sei ruhiger geworden.

☺☺ *Sie (Tochter) lächelt mehr, ist optimistischer, scheint kaum mehr gestresst zu sein.*

## Kontrolle über Gedanken und Gefühle

Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen berichteten ausführlich darüber, dass sie gelernt hatten, intrusive Erinnerungen zu beherrschen und Kontrolle über ihre Gefühle zu erlangen.

☺☺ *Es hat sich viel verändert, vor dem Programm waren viele Dinge in meinem Kopf.. Dinge, die ich nicht wollte und von denen ich nicht wusste, wie ich sie loswerden oder aus meinem Kopf rausbringen konnte. Aber jetzt kann ich das kontrollieren.*

Manche der Kinder und Jugendlichen beschrieben sehr eindrücklich, dass sie nach dem Programm ihre Gedanken und Erinnerungen kontrollieren konnten, die sie davor sehr belastet hatten.

☺☺ *Ich bin anders jetzt (nach dem Programm). Ich denke, ich habe mich verändert. Manchmal habe ich diese schlechten Zeiten mit schlechten Gefühlen. Da kann ich mich nicht konzentrieren, kann nicht schlafen und nicht lernen, im Programm habe ich gelernt, das schlechte Gefühl in ein gutes umzuwandeln.*

☺☺ *Es hat mir gut gefallen, dass uns die vom Programm gelernt haben, die Vergangenheit zu vergessen, zum Beispiel die Menschen, die wir nicht mehr sehen können oder die, die gestorben sind. Sie haben uns mit vielen Dingen geholfen. Wir haben gelernt, uns zu erinnern oder zu vergessen, so wie wir wollen.*

Manche der Kinder und Jugendlichen gaben an, die intrusiven Gedanken als generelle Angst vor der Zukunft wahrzunehmen. Sie berichteten, dass bei ihnen ein zuversichtlicher Blick in die Zukunft entstanden war, als sie gelernt hatten, eine gewisse Kontrolle über diese Angst zu erlangen.

*Wir haben gelernt, die Angst zu besiegen, Schritt für Schritt. Und nicht immer die Schwierigkeiten direkt vor unsere Augen zu legen und daran zu glauben, dass wir es schaffen können.*

Eine Teilnehmerin nahm Bezug auf eine Übung des TRT-Programms als sie erzählte, dass es ihr möglich geworden war, die Realität als das anzusehen, was sie ist, indem sie lernte, Kontrolle über ihre Gedanken und Gefühle zu erlangen.

*Vorher hatte ich immer wegen Zukunft so Stress, ich hab' gelernt, man muss nicht immer Stress haben und Angst, unser Leben ist nicht voll Steine und nicht voll Blumen.*

## Umgang mit Wut und Aggression

Wut und aggressives Verhalten kann als Ausdruck von Überforderung ein Symptom Posttraumatischer Belastungsstörung sein, ist ein großes und scheinbar zunehmende Problem an den Schulen und wurde auch in den Interviews von den Schülerinnen und Schülern oft thematisiert. Manche Kinder und Jugendliche beschrieben, dass sie rasch wütend würden und dann sofort schreien und manchmal sogar schlagen würden. Einige von ihnen berichteten von einer Veränderung im Umgang mit diesem Thema und erzählten, dass sie im TRT-Training Strategien im Umgang mit der Aggression entwickeln konnten.

*Ich habe mich sehr entwickelt, ich habe gelernt, dass ich mehr sprechen soll und nicht schlagen soll, sonst wird alles ein großes Problem.*

Auf die Frage, ob sie Übungen in ihren Alltag einbauen könnten, wird von mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern berichtet, dass sie jetzt – nach dem Programm – in Situationen, wo sie wütend werden, daran denken würden, was sie gelernt hatten, kurz innehielten, um zu atmen und dann versuchen würden, erst zuzuhören, was die andere Person sagt. Mehrmals fällt in den Interviews das Wort Diskussion in diesem Zusammenhang. Es sei wichtig darüber zu sprechen, was einen störe. Es sei für alle besser, eine Diskussion zu haben und nicht gleich einen Streit zu beginnen. Mehrere Kinder und Jugendliche berichteten, sie könnten jetzt besser ausdrücken, was sie ärgere.

*In meinem Alltag verwende ich die Ärger-Kontroll-Übung - wenn ich wütend werde tief einatmen und ausatmen und einen Moment innehalten zum Denken. Ich werde schnell wütend und ich übe das jetzt und ich habe mich schon verändert, meine Mutter sagt auch es hat sich verbessert.*

Ein Teilnehmer sagte, er hatte früher immer Ärger gehabt, er wisse selbst nicht warum. Das habe sich nach dem Programm geändert.

*Sie wissen, wie die Leute über Ausländer reden. Sie schlagen immer, wenn die Ärger bekommen. Die Leute verletzen, das darf man nicht. Erstens muss man darüber reden, was passiert. Dann kann man das lösen.*

## 7.2.2 TRT IN DER SCHULE

Hier sind die Ergebnisse zusammengefasst, die sich auf das spezielle Setting des TRT-Programmes im Schulalltag beziehen.

### Trauma und Schule

Von den Lehrerinnen und Lehrern wurde als wichtiges Thema eine generelle Unsicherheit bezüglich potenziell traumatisierter Schülerinnen und Schülern genannt, sechs von zehn Lehrkräften gaben das in den Interviews an. Die meisten der Befragten brachten zum Ausdruck, dass sie sich mehr Informationen oder Ausbildungen zu dem Thema wünschen würden.

☞ *Das sind so Sachen, die einfach meine Kompetenz überschreiten.*

Es wurde mehrmals angemerkt, dass es innerhalb des Schulsystems keine Zeit und keinen Raum für diese Art der Unterstützung gäbe.

☞ *Ich find's super, dass da Trainer von außen kommen, also dass nicht wir uns mit dem auseinandersetzen müssen und dass uns ein Problem ein bisschen erleichtert wird, das uns ja auch eigentlich überfordert - muss ich ganz ehrlich sagen. Weil, wenn ich teilweise die Geschichten hör, die sie erzählen, von ihrer Flucht und was sie alles erlebt haben, ich bin außer Stande ihnen zu helfen.*

Es ist in den Interviews viel Mitgefühl herauszuhören, alle interviewten Lehrkräfte wirkten sehr engagiert und motiviert, es schwang jedoch in den Interviews auch eine gewisse persönliche und professionelle Belastung der Lehrerinnen mit. Es wurde von den Lehrkräften angemerkt, dass sie zu wenig Ausbildung für den Umgang mit dieser be-

sonderen Gruppe von jungen Menschen hätten und sich daher ein Gefühl der Überforderung einstellt. Zwei Lehrerinnen sagten, dass sie sich eine zusätzliche Ausbildung für Kinder mit schwierigen Lebenserfahrungen wünschen würden.

☞ *Unser Schulsystem ist noch nicht ganz ausgereift, um mit dieser Herausforderung Kinder mit einer anderen Sprache oder mit schweren traumatischen Hintergründen umzugehen und grundsätzlich habe ich das Gefühl, dass sich alle Lehrkräfte in Wien überfordert fühlen.*

Ein Großteil der befragten Lehrerinnen und Lehrer gab an, dass in den Schulen zu wenig Zeit für persönliche Gespräche sei. Die knappe Zeit müsse dafür verwendet werden, die schulischen Vorgaben zu erfüllen.

☞ *Ich glaub, es tut einfach gut, ob man jetzt Fluchterfahrung hat oder nicht oder traumatisiert ist, einfach dieses über-sich-sprechen-können, was glaub ich in der Schule zu kurz kommt. Deshalb bin ich auch so dankbar über das Programm.*

Es wurde in den Interviews mehrfach angesprochen, dass schulexterne Programme mit gewissen Unsicherheiten verbunden seien, da die Kontrolle über Ablauf und Durchführung mit schulfremden, unbekanntem Personen geteilt werden müsse und immer eine gewisse Sorge bei den Lehrkräften bestünde, dass ein Programm zusätzliche Arbeit für die Schule bedeuten könnte.

☺☺ *Deswegen ist das ganz wichtig, dass wenn wir so jemanden (wie Afya) herholen, dass wir das Gefühl haben, das ist keine zusätzliche Bürde, sondern es funktioniert von alleine, das ist für mich oberste Priorität.*

Alle befragten Lehrerinnen und Lehrer gaben in Bezug auf das TRT-Training jedoch an, dass es zu keiner Mehrbelastung gekommen war und sie die Organisation als gut empfunden hatten.

☺☺ *Für die Schule muss das ganz transparent sein – das war's auch!*

☺☺ *Ich hab 100%iges Vertrauen in dieses Programm gehabt, von Anfang an.*

☺☺ *Ich hatte das Gefühl, dass es wirklich gut von alleine läuft, die Kinder sind von alleine hingegangen und ich hatte den Eindruck, der Trainer hat gewusst, worauf er sich da einlassen muss und einlassen möchte.*

Obwohl die Kommunikation mit dem Verein AFYA und die Organisation von allen befragten Lehrkräften als positiv bewertet wurden, bestand bei einigen Befragten der Wunsch nach mehr Information im Vorfeld. Konkret wurde über die Schwierigkeit berichtet, welche Kinder und Jugendlichen für das Training in Frage kamen. Es wurde angegeben, dass es schwierig sei die Kinder „auszuwählen“, ohne sie zu stigmatisieren.

☺☺ *Es ist schwierig, die Kinder auszuwählen, ohne zu stigmatisieren.*

☺☺ *Wir können nicht sagen, der hat ein Trauma und der nicht.*

Der Wunsch nach mehr Information über Trauma im Allgemeinen und die Inhalte des Programms im Speziellen wurde geäußert.

☺☺ *Lehrer benötigen abseits des akademischen Wissens auch noch mehr Info über Trauma.*

Es wurde Dankbarkeit ausgesprochen darüber, dass es ein Programm gibt, bei dem Personen von außen kommen, die mit den Traumata der Kinder umgehen können, also darüber, dass eine professionelle, schulexterne Hilfe für diese Kinder bereitgestellt wird. Eine Lehrerin sagte, dass es für sie schwierig sei, dass sie nicht wisse was die Kinder erlebt hatten, eine andere hob hervor, wie wichtig sie es fände, dass die TRT-Trainerinnen und Trainer selbst Fluchterfahrungen gemacht hätten.

### TRT im Regelunterricht

Obwohl es eine Absprache mit den Klassenlehrerinnen und Klassenlehrern gab, dass den Kindern, die wegen Teilnahme am TRT-Programm in einzelnen Stunden des Regelunterrichts fehlten, möglichst keine schulischen Probleme entstehen sollten, wurde dieser Konflikt in mehreren Interviews thematisiert.

Einige der interviewten Kinder und Jugendlichen berichteten über die Sorge, im regulären Unterricht etwas zu verpassen, wenn sie das TRT-Training besuchten.

☺☺ *Das Programm war immer in Unterrichtszeiten, ich habe immer eine Stunde gefehlt, die sollen das Training nicht in Unterrichtszeiten machen.*



Dieses Thema bestätigte sich auch in den Interviews der Lehrerinnen, wo drei von zehn angaben, dass die Kinder Angst hatten, im Unterricht etwas zu verpassen.

☺☺ *Diese Übungen helfen, dass man sich selbst Ein Schüler wollte nicht in den Workshop gehen, weil er Angst hatte, dass er im Unterricht etwas verpasst.*

☺☺ *Von einem Schüler haben sich die Eltern über die Noten Sorgen gemacht.*

Die schulischen Leistungen und ein positiver Schulabschluss sowie die Möglichkeit einer weiten Ausbildung waren wichtige Themen.

☺☺ *Das ist einfach ganz wichtig, diese Noten, für die Schüler.*

### 7.2.3 DIE TRT-GRUPPEN

Teaching Recovery Techniques ist ein Gruppenprogramm und unterscheidet sich damit von der in Österreich gängigen psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung, die üblicherweise als Einzeltherapie stattfindet. Ziel der Interviews war, zu erfahren, wie die Gruppen einerseits von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer, andererseits von außen wahrgenommen wurden.

#### Gefühl in den Gruppen

Für die vorliegende Evaluation war von Interesse herauszufinden, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Bearbeitung von sensiblen Themen wie Trauma, Flucht und psychische Belastung zusammen mit anderen Personen gleichen Alters empfanden. Die große Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen äußerte sich positiv zum Training in der Gruppe, einige neutral. Es gab keine negativen Aussagen über das Konzept des Gruppentrainings. Alle befragten Kinder und Jugendlichen haben angegeben, sich in den TRT-Gruppen wohlfühlt zu haben.

☺☺ *Die Regeln, die zu Beginn aufgestellt wurden, wie Respekt füreinander, niemanden beleidigen und so, waren sehr gut. Ich habe mich wohlfühlt in der Gruppe. Wir hatten keine Probleme.*

Die Kinder und Jugendlichen gaben größtenteils an, ein offenes Gesprächsklima vorgefunden zu haben.

☺☺ *Die Gruppe war gut, sehr respektvoll, ich konnte mich frei ausdrücken – alles sagen, was mir am Herzen lag.*

Es wurde mehrfach von den Mädchen und Burschen berichtet, dass sie ihre Gefühle frei zum Ausdruck bringen konnten.



☺☺ *In der Gruppe war es sehr gut und angenehm und die Trainer waren auch gut, ich konnte meine Gefühle frei ausdrücken.*

## Sicht von außen auf die Gruppen

Die Lehrerinnen und Lehrer der einzelnen Schulen waren während des TRT-Trainings nicht anwesend, sahen die Kinder und Jugendlichen jedoch vor und nach den Einheiten. Sie sind die Schnittstelle zwischen den Schülerinnen, den Schülern, den Eltern und Verein AFYA. Im Rahmen der Evaluation war die Sicht von außen auf das Programm ein wichtiger Bestandteil. Obwohl von den Lehrkräften einheitlich gesagt wurde, dass die Kinder und Jugendlichen mit ihnen nicht über das Programm sprachen, hatten alle Befragten den Eindruck, dass sie gerne hingegangen waren.

☺☺ *Die Kinder haben nicht gejamert, sondern haben sich immer schon gefreut. Das heißt ja schon sehr viel in dem Alter, und sie haben das auch gesehen als etwas Besonderes für sie und sie waren selbstorganisiert, das sind sie sonst nicht immer sehr.*

Die Stimmung der Gruppen, soweit von außen beurteilbar, wurde als neutral bis positiv angegeben.

☺☺ *Die Stimmung war total neutral bzw. positiv, also überhaupt nichts Negatives. Weder von den Schülern noch von den Eltern...Die Kinder haben sich gegenseitig bestärkt hinzugehen.*

☺☺ *Überhaupt keine negative Stimmung, in keinster Art und Weise.*

Nach Aussagen der Lehrerinnen und Lehrer war während der Einheiten keine Assistenz durch die Schule erforderlich.

☺☺ *Ich hatte das Gefühl, dass es wirklich gut von alleine läuft, die Kinder sind von alleine hingegangen und ich hatte den Eindruck, der Trainer hat gewusst, worauf er sich da einlassen muss und einlassen möchte.*

Das Verhältnis der TRT-Trainerinnen und Trainer zu den Kindern und Jugendlichen wurde als vertrauensvoll erlebt.

☺☺ *Was ich noch gut gefunden habe: dass da TrainerInnen sind, die selbst die Situation erlebt haben, da haben die Kids auch gleich irrsinniges Vertrauen.*

Durch die Muttersprachlichkeit der Trainerinnen und Trainer wurde eine Möglichkeit für die Schülerinnen und Schüler eröffnet, in ihrer Sprache über gefühlsbezogene Themen zu sprechen.

☺☺ *Der muttersprachliche Ansatz - da ist jemand, der versteht dich wirklich, da gibt's keine Bedeutungsunklarheiten oder was auch immer, weil in der Muttersprache kann man andere Dinge sagen.*

Die Sicht der Eltern auf die TRT-Gruppen wurde vor allem in Bezug auf Information und Zufriedenheit erhoben. Bezüglich Informationen zum Programm fühlten sich fast alle der befragten Eltern ausreichend bis sehr gut informiert. Es gab vereinzelt Sorge mancher Eltern bezüglich Versäumnis des Regelunterrichts, die meist indirekt in den Interviews mit den Kindern und Jugendlichen sowie den Lehrerinnen und Lehrern zum Ausdruck kam. Direkt wurden von Seiten der Eltern keine Bedenken oder Beschwerden geäußert. Bei den Interviews fiel auf, dass von den Vätern immer wieder betont wurde, dass ihre Kinder „keine Probleme“ hätten. Trotzdem brachten alle interviewten Eltern ihre Dankbarkeit zum Ausdruck. Der Großteil der befragten Eltern würde das Programm anderen Kindern und Jugendlichen in ähnlichen Situationen empfehlen.

Ein Junge berichtete, dass seine Mutter das Programm erst nicht wollte, weil sie meinte, dass er es nicht brauche, weil er keine Probleme habe. Nachdem er ihr aber gesagt habe, dass es ihm dort gefalle, war sie auch dafür. Derselbe Junge erzählte im Interview, dass er in Syrien nicht gut hatte schlafen können, wegen der Geräusche der Bomben.

## TRT-Inhalte – was gefällt, was nicht?

Alle der befragten Kinder und Jugendlichen geben an, dass ihnen das TRT-Programm gefallen habe. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in den Interviews nach den Übungen gefragt, die ihnen am besten gefallen hatten. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen gab an, dass ihnen die Atem- und Entspannungsübungen sehr gut gefallen hatten.

*☺☺ Ausatmen, Einatmen. Das hat mich immer beruhigt. Das hab' ich immer gemacht.*

*☺☺ Mir gefällt sehr dieses Atmen, wie kann man eine Lösung für den Stress haben.*

Auch die Techniken zum Kontrollieren und Verändern unerwünschter Bilder waren sehr beliebt. Mehrmals wurde das Besiegen der Furcht als Lieblingsübung genannt.

*☺☺ Mir hat die Übung gefallen, wo man ein Bild in einen Rahmen tut und es bewegt wie man will. Und wir können es löschen wann immer wir wollen.*

Die Frage, ob bestimmte Inhalte nicht gefallen hätten, wurde mehrheitlich verneint.

Von einer Teilnehmerin wurde berichtet, dass ihr die Übungen zur Kontrolle von schlechten Bildern oder Erinnerungen nicht gefallen hatten, weil sie keine schlechten Erinnerungen habe. Sie hatte nach solchen gesucht und das war unangenehm für sie gewesen. Eine andere Teilnehmerin sagte, dass es ihr nicht gefallen habe, Zeichnungen von schlimmen Erinnerungen anzufertigen.

Auf die Frage, welche Übungen sie im Alltag anwenden würden, wurden von fast allen Befragten Atemübungen, Entspannungsübungen und Imaginationen genannt. Manche Teilnehmerinnen und Teilnehmer sagten, dass sie noch keine Übungen zu Hause benutzt hatten, aber vorhätten, sie in der Zukunft zu verwenden, wenn es ein Problem gäbe.

Auf die Frage, ob sie das Programm weiterempfehlen würden, antworteten die befragten Schülerinnen und Schüler durchgehend bejahend, mit der vereinzelten Einschränkung, dass es nicht während des Unterrichts stattfinden sollte.

Einer Teilnehmerin war es wichtig festzuhalten, dass eine genauere Vorauswahl getroffen wird, wer am Programm teilnehmen soll.

*Das Wichtigste ist, dass ihr sichergeht, dass die teilnehmenden Kinder wirklich Probleme haben. Manche mögen Flüchtlinge sein, aber sie haben vielleicht keine Probleme oder keinen Krieg erlebt. Ich meine, nicht jeder Flüchtling muss ins Programm kommen. Vielleicht können auch normale Menschen ohne Probleme von diesem Programm profitieren, aber ihr solltet sicherstellen, dass ihr den Kindern helft, die Probleme in der Schule und beim Lernen und im Leben haben wegen ihrer schlechten Erinnerungen.*

Auch einer der Väter äußerte sich dahingehend. Er sagte, er würde empfehlen, dass vorher untersucht wird, ob es für das Kind wichtig ist, damit es keine Zeitverschwendung sei.

Vereinzelt wurden von den Kindern auch Spiele als Lieblingsübungen genannt. Im TRT-Programm werden Spiele unter anderem zur Auflockerung, zum Kennenlernen oder als Konzentrationsschulung verwendet.

## 8. DISKUSSION UND EMPFEHLUNGEN

Die Ergebnisse bestätigen die bisherigen Untersuchungen zur Wirkung von TRT und beweisen, dass das Teaching Recovery Techniques Programm auch im Umfeld Schule im sicheren Asylland nutzbringend eingesetzt werden kann. Die Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse zeigte eindeutig positive Auswirkungen des TRT-Trainings auf die Gruppe der untersuchten Kinder und Jugendlichen.

Der große Bedarf nach Maßnahmen zur Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit Posttraumatischer Belastungsstörung wurde sehr deutlich. 60 Prozent der im quantitativen Teil der Studie untersuchten Kinder und Jugendlichen testeten vor der Intervention positiv auf PTBS. In den Interviews mit den Schülerinnen und Schülern wurde klar sichtbar, dass viele von ihnen durch unterschiedliche PTBS-Symptome deutlich belastet waren. Die jungen Menschen beschrieben in ihrer eigenen Sprache, wie sie unter Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, vermehrter Unruhe, Wut und Aggression und einem allgemein erhöhten Erregungszustand litten. Ihr Leidensdruck war spürbar, ebenso der starke Wunsch nach einer hoffnungsvollen Zukunft.

Sehr eindrücklich kommt in den Interviews zum Ausdruck, wie unmittelbar sich die durch TRT gemachte Erfahrung auswirkt, dass die eigene Befindlichkeit steuerbar und veränderbar ist. Gelernt zu haben, sich selbst beruhigen zu können, gibt den jungen Menschen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit. Auch wenn die Kinder und Jugendlichen weiter nichts an der Vergangenheit ändern konnten und wenig Einfluss auf die aktuellen Lebensumstände hatten, in denen sie sich befanden, beschrieben manche von ihnen, nach dem Programm besser mit den Gegebenheiten zurecht zu kommen. Es kann

klar festgehalten werden, dass das TRT-Programm die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen verbesserte.

Unter anderem wird das im Umgang mit Wut und Aggression deutlich. Die erlernten Strategien zum Umgang mit Wut haben eine direkte positive Auswirkung auf die Stimmung an den Schulen, und neben Verbesserung des Lernklimas auch

weitreichende Folgen für die weitere schulische und gesellschaftliche Integration des Einzelnen. Hier trägt das TRT-Training dazu bei, dass das schulische Umfeld auch für Kinder verbessert wird, die nicht von Flucht und Trauma betroffenen sind.

Von den 104 Kindern und Jugendlichen, die das TRT-Programm begonnen hatten, kam es nur zu vier Abbrüchen, was dafür spricht, dass das Training gut angenommen wurde. Von den 100 Absolventen des Programmes konnten von 57 vor Beginn und nach Ende des Trainings gültige Ergebnisse der CRIES-8 Fragebögen erhoben werden. Diese Rücklaufquote von nur 57 Prozent ergab sich aus vielen unvollständigen und inkorrekt ausgefüllten Fragebögen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass in den organisatorischen Strukturen des TRT-Trainings vor Ort zu wenig Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen vorgesehen war. Die Autorin empfiehlt, die praktische Durchführung der Fragebogenanalyse zu verbessern, um zukünftig umfassendere Daten über die Wirksamkeit des TRT-Trainings zu erhalten. Ein Vorschlag zur möglichen organisatorischen Verbesserung wäre, ein externes Team zu stellen, das unabhängig von den Trainerinnen und Trainern für die Datensammlung zuständig ist.

Die quantitativen Daten der 57 Kinder und Jugendlichen zeigten eine signifikante Verbesserung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich Intrusion und Vermeidung, zwei der Hauptsymptome für PTBS. Besonders deutlich sind diese Ergebnisse für die männlichen Teilnehmer und die Kinder und Jugendlichen, die vor der Intervention positiv auf PTBS getestet hatten. Hier zeigte sich eine hochsignifikante Verbesserung der Werte. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen war keine signifikante Veränderung nachzuweisen, was zum Teil auch an der kleinen Stichprobe liegen könnte, nur 37 Prozent (21 Personen) waren weiblich.

Es zeigte sich, dass die Werte der Kinder und Jugendlichen, die vor Beginn des Programms negativ auf PTBS getestet hatten, die also weniger als 17 Punkte im CRIES-8 erreichten hatten, nach der Intervention signifikant anstiegen. Sie blieben im Durchschnitt allerdings weiter unter dem Cut-off Wert von 17 Punkten, testeten also auch nach der Intervention im Durchschnitt negativ auf PTBS. Auch die Stichprobe dieser Gruppe war mit 23 Kindern und Jugendlichen sehr klein.

Wenn man dieses Ergebnis isoliert betrachtet, könnte man zu dem Schluss kommen, dass diese Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die vor Intervention negativ auf PTBS getestet hatten, nicht vom TRT-Programm profitierte.

Nach Einbeziehung der Ergebnisse der Interviews und Zusammenführung aller Ergebnisse finden sich hier allerdings Widersprüche. Auch die Kinder und Jugendlichen, die vor dem TRT-Training negativ auf PTBS getestete hatten, berichteten in den Interviews von positiven Veränderungen und gaben an, das Programm weiterempfehlen zu wollen. Es waren bei dieser Gruppe auch keine Angaben be-

züglich neu oder vermehrt aufgetretenen Intrusionen oder Vermeidungsverhalten gemacht worden. Nur ein Mädchen hatte davon berichtet, dass es für sie unangenehm war, nach schlechten Erinnerungen zu suchen, da sie keine habe. Sogar die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im CRIES-8 Test nach Absolvierung des TRT-Trainings höhere Werte als vor Beginn des Trainings erreicht hatten, berichteten, dass sie etwas für sich gelernt hatten und das Training weiterempfehlen würden.

Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnte sein, dass diese Mädchen und Burschen sich zum Zeitpunkt der ersten CRIES-8 Befragung in einer Phase befunden hatten, in der sie jede Erinnerung an die Erlebnisse vor und während der Flucht aus ihrem Bewusstsein ausgeschlossen hatten und sich erst im TRT-Training wieder damit beschäftigten. Da kam die Erinnerung dann zurück, was den Punkteanstieg mancher Teilnehmerinnen und Teilnehmer erklären könnte. Gleichzeitig lernten sie im TRT-Training jedoch auch Instrumente und Strategien zum Umgang mit diesen Erinnerungen, was erklären könnte, dass diese Mädchen und Burschen das Training in den Interviews trotzdem positiv bewerteten. Eine andere Erklärungsmöglichkeit wäre die Annahme, dass die Mädchen und Burschen nach Absolvierung des TRT-Programmes offener zu ihren Symptomen stehen konnten, weil sie gelernt hatten, dass das was sie fühlen normale Reaktionen auf traumatische Ereignisse sind und es anderen Personen häufig ähnlich ergeht.

Es bleiben hier jedoch Fragen offen. Die Gründe für die oben genannte Diskrepanz in den Untersuchungen sind nicht geklärt und daher besteht eine Zurückhaltung in der Empfehlung des Programmes für Kinder und Jugendliche, die negativ auf PTBS testen. Die Auswahl der Teilnehmerinnen

und Teilnehmer sollte aus Sicht der Autorin geschärft werden und es sollte noch genauer darauf geachtet werden, dass nur Kinder und Jugendliche, die potentielle traumatische Erlebnisse hatten, für die TRT-Kurse zugelassen werden. Hier besteht die Empfehlung zu Einzelgesprächen oder kurzen Fragebögen, um herauszufinden, woher genau die Kinder und Jugendlichen kamen und auf welchem Weg sie nach Europa gekommen sind.

Neben den Schülerinnen und Schülern sind auch die Lehrerinnen und Lehrer sehr gefordert vom speziellen Problem posttraumatisch belasteter Schüler. In den Interviews fällt einige Male das Wort Überforderung. Im System Schule ist der generelle Druck auf die Lehrkräfte groß, schon bei Kindern, die keine zusätzlichen Probleme wie Sprache, fremder kultureller Hintergrund und potentiell traumatische Erfahrungen haben. Die ausgesprochen positiven Rückmeldungen der Lehrkräfte, sowohl zur fachlichen Unterstützung durch das TRT-Programm, als auch zur praktischen Organisation an den Schulen kann als Ermutigung gewertet werden, die Kooperation mit Schulen und auch das traumapädagogische Angebot für Lehrkräfte weiter auszubauen.

Aus den Ergebnissen lässt sich der Bedarf der Eltern an Information über psychische Gesundheit ableiten. Es besteht von Seiten der Familien eher die Empfehlung an die Kinder, nicht über Probleme zu sprechen und niemandem von schlimmen Erlebnissen zu erzählen, im TRT-Programm wird das Gegenteil empfohlen. Auffallend ist eine deutliche Diskrepanz zwischen manchen Test-Ergebnissen, die auf eine deutliche Traumatisierung hinweisen, und den Aussagen der Eltern dieser Mädchen und Burschen, dass ihre Kinder keine psychischen Probleme hätten. Die Tatsache, dass die Eltern einerseits psychologische oder psychotherapeutische Interventionen für ihre Kinder als nicht nötig erachten und andererseits oft selbst ihre traumatisierenden Erlebnisse noch nicht verarbeitet haben, verstärkt die Probleme der Kinder und Jugendlichen aus dieser Gruppe noch zusätzlich. Hier leistet das TRT-Training einen wertvollen Beitrag, sowohl zur Unterstützung der Mädchen und Burschen aus Familien mit Fluchthintergrund, als auch zur Bewusstseinsbildung für die Wichtigkeit psychischer Gesundheit in dieser Bevölkerungsgruppe.

Eine Empfehlung seitens der Autorin ist in diesem Zusammenhang eine vermehrte Einbeziehung der Eltern, um ihr Wissen und ihre Kompetenz in Bezug auf psychische Gesundheit zu stärken. Diese Maßnahme würde den gesundheitsfördernden Ansatz der Intervention zusätzlich ergänzen.

Es ist positiv und kritisch zugleich zu sehen, dass das TRT-Programm während des Regelunterrichts stattfindet. Einerseits bleibt der Zugang zum Programm damit niederschwellig, die Kinder und Jugendlichen müssen nicht zusätzlich an einen anderen Ort gehen oder Zeit investieren. Andererseits wurde mehrfach berichtet, dass ein innerer Konflikt entstehen kann, zwischen dem Wunsch, am Programm teilzunehmen und der Angst im Regelunterricht etwas zu verpassen. Es wird daher empfohlen, nach möglichen Lösungen für dieses Problem zu suchen.

Als Einschränkung dieser Studie muss gesehen werden, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass gewisse persönliche, familiäre und schulische Faktoren, die nicht Teil der Intervention waren, das Ergebnis mit beeinflussten. Des Weiteren kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Faktor soziale Erwünschtheit in den Interviews einen gewissen Einfluss auf die Antworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer genommen hat. Die offene Fragestellung in den Interviews zielte jedoch darauf ab, dieses Problem möglichst zu minimieren. Für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse spricht hier, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei vielen Interviews in ihren eigenen Worten ganz klar die Wirkung beschrieben, die das TRT-Programm für sie persönlich gehabt hatte. „Nachreden“ oder „Gefallen wollen“ ist in diesen Fällen eher auszuschließen.

Die Anzahl der Asylwerber ist in Österreich in den letzten Jahren zwar deutlich zurückgegangen, es gibt aber insgesamt tausende Menschen, die aus Krisen- und Kriegsgebieten Schutz in unserem Land gesucht haben und sich im schwierigen Prozess der Integration befinden. Diesen Menschen zu helfen, mit ihren Erinnerungen an Krieg und Verlust umzugehen, wird weiterhin ein wichtiges Thema bleiben.

Insgesamt kommt die vorliegende Evaluierung zu dem Ergebnis, dass das Teaching Recovery Techniques Programm einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund leistet.

## INTERESSENKONFLIKT

Die Autorin möchte darauf hinweisen, dass sie selbst die Ausbildung zur Teaching Recovery Techniques Trainerin in London durch das Team der Children and War Foundation absolviert hat und in einem ersten Pilotdurchgang vor Beginn der vorliegenden Studie als TRT-Trainerin für den Verein AFYA tätig war, wo sie auch als Schriftführerin im Vorstand tätig ist. Während der Evaluationsstudie war die Autorin jedoch zu keinem Zeitpunkt Teil des Trainings, hat keine Interviews durchgeführt und war nicht in organisatorische Abläufe involviert. Der Evaluierungsprozess erfolgte streng nach objektiven wissenschaftlichen Kriterien.

Im Zusammenhang mit der Nähe der Autorin zur Organisation der operativen Durchführung des TRT-Programmes ist auf eine Aussage von Patton (1987) hinzuweisen, der sagt, dass ohne Empathie und wohlwollender Selbstbeobachtung, die von persönlichen Erfahrungen herrührt, der Beobachter das menschliche Verhalten nicht völlig verstehen kann. Verstehen komme vom Versuch, sich in andere Leben hineinzusetzen und zu versuchen zu erkennen, wie andere denken, handeln und fühlen.





## LITERATUR

- Auxéméry, Y.** (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context. *Encephale*, 38(5), 373-380. doi: 10.1016/j.encep.2011.12.003.
- Barron, I., Abdallah G., & Smith, P.** (2013). Randomized Control Trial of a CBT Trau Recovery Program in Palestinian Schools, *Journal of Loss and Trauma*, 18(4), 306-321. doi: 10.1080/15325024.2012.688712.
- Barron, I., Mitchell, D., & Yule, W.** (2017). Pilot Study of a Group-Based Psychosocial Trauma Recovery Program in Secure Accommodation in Scotland. *Journal of family violence*, 32(6), 595–606. doi: 10.1007/s10896-017-9921-8.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S.** (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15, 29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.
- Bronstein, I., & Montgomery, P.** (2010). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, 14, 44-56. doi: 10.1007/s10567-010-0081-0.
- Bryant, R.A., Edwards, B., Creamer, M.C., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K.,... Hadzi-Pavlovic, D.** (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet. Public health*, 3(5), e249-e258. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30051-3.
- Butollo, W., & Karl, R.** (2012). *Dialogische Traumatherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Butollo, W., Krüsmann, M., & Hagl, M.** (2002). *Leben nach dem Trauma:Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen* (2.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cannon, W.** (1932). *Wisdom of the Body*. New York: W.W.Norton&Company.
- Cohen, J.** (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2.Aufl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cropley, A.** (2011). *Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung*. Magdeburg: Klotz.
- Drehsing, T., & Pehl, T.** (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8.Aufl.). Marburg: Eigenverlag. Abgerufen von: <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch>.
- Eckart, W.** (2014). *Medizin und Krieg. Deutschland 1914-1924*. Paderborn: Schöningh.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J.** (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6.
- Giannopoulou, I., Dikaiakou, A., & Yule, W.** (2006). Cognitive-behavioural group intervention for PTSD symptoms in children following the Athens 1999 earthquake: a pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(4), 543–553. doi: 10.1177/1359104506067876.
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith P, Dikaiakou, A., Galanopoulou, V., & Yule, W.** (2006). Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry*, 21(3), 160-166. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.09.005.

- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E.** (2004). PTSD and depression in refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(6), 373-380. doi: 10.1007/s00787-004-0422-y.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W.** (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- LeDoux, J.** (2014). Coming to terms with fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(8), 2871-2878. doi: 10.1073/pnas.1400335111.
- Mayring, P.** (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P.** (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P.** (2017). Evidenztriangulation in der Gesundheitsforschung. Kombination von experimentellen, deskriptiven und inhaltsanalytischen Ansätzen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69, 415-434. doi: 10.1007/s11577-017-0464-z.
- Mentzos, S.** (2015). *Hysterie – Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierung* (11. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J.** (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological bulletin*, 137(6), 959–997. doi: 10.1037/a0024768.
- Park, J., Elbert, T., Kim, S. J., & Park, J.** (2019). The Contribution of Posttraumatic Stress Disorder and Depression to Insomnia in North Korean Refugee Youth. *Frontiers in psychiatry*, 10, 211. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00211.
- Patton, Michael Quinn** (1987). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Patton, Michael Quinn** (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4. Aufl.). Newbury Park: Sage Publications.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P.** (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498. doi: 10.1017/S1352465805002419.
- Priebe, K., Dyer, A.** (2014). *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Ruf, M., Schauer, M., & Elbert, T.** (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151-160. doi: 10.1026/1616-3443/a000029.
- Reddemann, L.** (2017). *Imagination als heilsame Kraft: Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., ... Salari, R.** (2017). Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European child & adolescent psychiatry*, 27(4), 467–479. doi: 10.1007/s00787-017-1093-9.

**Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., ... Morina, N.** (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European journal of psychotraumatology*, 7, 28057. doi: 10.3402/ejpt.v7.28057.

**Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich.** (2019). Abgerufen am 01.05.2019 von: [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/wanderungen/asyl/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/wanderungen/asyl/index.html).

**Tam, S.Y., Houlihan, S., Melendez-Torres, G.** (2017). A Systematic Review of Longitudinal Risk and Protective Factors and Correlates for Posttraumatic Stress and Its Natural History in Forcibly Displaced Children. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(4), 377-395. doi: 10.1177/1524838015622437.

**Van der Kolk, B.** (2014). *The body keeps the score. Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. New York: Penguin.

**Yule, W., Bruggencate, S.T., & Joseph, S.** (1994). Principal components analysis of the Impact of Events Scale in children who survived a shipping disaster. *Personality and Individual Differences*, 16, 685-691. doi: 10.1016/0191-8869(94)90210-0.

**Yule, W., Dyregrov, A., Raundalen, M., & Smith, P.** (2013). Children and war: the work of the Children and War Foundation. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), doi: 10.3402/ejpt.v4i0.18424.

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>AFYA</b>	AFYA, Verein zur interkulturellen Gesundheitsförderung
<b>CRIES-8</b>	Children's Revised Impact of Event Scale
<b>NMS</b>	Neue Mittelschule
<b>PTBS</b>	Posttraumatische Belastungsstörung
<b>PTS</b>	Polytechnische Schule
<b>PTSD</b>	Posttraumatic Stress Disorder
<b>TRT</b>	Teaching Recovery Techniques

CRIES-8 FRAGEBOGEN

**Child Impact of Events Scale - D**

Unten findest du eine Liste mit Aussagen von Leuten, die etwas Belastendes erlebt haben. Bitte kreuze bei jeder Frage an, wie häufig du auf diese Weise reagiert hast *während der letzten sieben Tage*. Wenn das bei dir gar nicht vorkam, dann mache dein Kreuz bitte bei „gar nicht“.

	gar nicht	selten	manchmal	oft	In	Av
1. Denkst du daran, wenn du das eigentlich gar nicht willst?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
2. Versuchst du, die Ereignisse aus deiner Erinnerung zu streichen?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
3. Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
4. Hältst du dich fern von Dingen, die dich daran erinnern (zum Beispiel von Orten oder Situationen)?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
5. Versuchst du, nicht darüber zu reden?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
6. Kommen dir plötzlich Bilder davon in den Kopf?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
7. Lösen andere Dinge bei dir Gedanken daran aus?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
8. Versuchst du, nicht daran zu denken?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		

© Children and War Foundation, 1998 Dt. Übersetzung M. Simons, 2010

*These instruments are provided free of costs thanks to the generosity of our donors. We are however, very happy to receive donations to continue to develop new methods. If you would like to [make a donation](http://www.childrenandwar.org) please go to [www.childrenandwar.org](http://www.childrenandwar.org).*



## IMPRESSUM

**Text:** Dr. Petra Krenn-Maritz

**Bilder:** Andrea Zehetner

## VEREIN AFYA

**Preysinggasse 7-9/4, 1150 Wien**

[www.afya.at](http://www.afya.at) | [office@afya.at](mailto:office@afya.at)

## SPENDEN-KONTO

**AFYA: Verein zur interkulturellen Gesundheitsförderung**

IBAN: AT55 2011 1837 6709 0200 | BIC: GIBAATWWXXX



 **Bundesministerium**  
Europa, Integration  
und Äußeres

 **Bundesministerium**  
Arbeit, Soziales, Gesundheit  
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

**Gesundheit Österreich**  
GmbH 

 Geschäftsbereich  
**Fonds Gesundes**  
**Österreich**

## VEREIN AFYA

Preysinggasse 7-9/4, 1150 Wien

[www.afya.at](http://www.afya.at) | [office@afya.at](mailto:office@afya.at)

## SPENDEN-KONTO

**AFYA: Verein zur interkulturellen Gesundheitsförderung**

IBAN: AT55 2011 1837 6709 0200 | BIC: GIBAATWWXXX