



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Traumatische Erfahrungen, Postmigrationssituation
und die psychische Gesundheit
unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge
- Ergebnisse einer Verlaufsstudie -

Verfasserin

Ramona Luca

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Psychologie

Betreuerin: Ass.-Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich jenen Personen danken, die diese Arbeit ermöglichten.

Als Erstes möchte ich Prof. Dr. rer. soc Thomas Elbert und Dr. Dipl.-Psych. Martina Ruf-Leuschner danken, die mir ermöglichten an einem so spannenden Projekt mitzuarbeiten.

Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Dr. Dipl.-Psych. Martina Ruf-Leuschner, da sie sich stets Zeit für Fragen nahm und mich während des Projekts mit Ratschlägen und Hilfestellungen unterstützte.

Auch möchte ich Dipl.-Psych. Veronika Müller herzlichst danken, die mich an ihrem Projekt mitarbeiten ließ und stets eine offene Tür für mich hatte.

Ich möchte mich ebenso für die Zeit, die ich an der Universität Konstanz studieren durfte, bedanken. Insbesondere gilt der Dank allen Lehrenden, ForscherInnen und MitarbeiterInnen des Kompetenzzentrums Psychotraumatologie, die mich mit ihrer Arbeit und ihrer Lehre inspirierten, die mir das Gefühl gaben ein Teil des Teams zu sein und von denen ich äußerst viel lernen durfte.

Ein großer Dank geht auch an Ass.-Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, die mir ermöglichte, das Thema in Wien zu bearbeiten und durch ihr Feedback die Arbeit bereicherte.

Vom ganzen Herzen möchte ich den Jugendlichen danken, die mich durch ihren Mut und ihre Zuversicht bestärkten, diese Arbeit zu verfassen. Nur durch ihre Teilnahme und Motivation war diese Studie überhaupt möglich.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen, Caro, Denise und Simone bedanken, die mich durch mein Studium begleiteten und mir auch jetzt in der letzten Phase mit ihrem Zuspruch, ihrer Herzlichkeit und Freundschaft zur Seite standen. Ganz besonders danke ich Simone, die sich trotz eigener Vollzeitarbeit die Zeit nahm, meine Diplomarbeit Korrektur zu lesen und auch allen Anderen, die einzelne Teile der Arbeit Korrektur lasen, möchte ich danken: Mag. Irene Bregenzer, Moni, Felix, Rahel, Andi, Francesca.

Zugunsten der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit auf die weibliche Form verzichtet, stattdessen wird sowohl für die männliche als auch die weibliche Form, die männliche Form verwendet.

Abstract (Deutsch)

Bisher ist nur wenig über die Langzeitentwicklung der psychischen Gesundheit bei im Exil lebenden unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) bekannt.

Ziel dieser Arbeit war es, explorativ den langfristigen Verlauf der Symptomschwere der PTBS, Depressivität sowie internalisierender und externalisierender Verhaltensprobleme bei in Deutschland lebenden UMF zu beobachten und zudem zu untersuchen, ob die Anzahl traumatischer Erfahrungen und die Postmigrationssituation (d.h. Schulausbildung, Berufstätigkeit, Wohnsituation, Häufigkeit der Wohnungswechsel und der Aufenthaltsstatus) den langfristigen Verlauf der psychischen Belastung beeinflussen.

Mittels standardisierter und strukturierter Interviews wurden, von den 57 an der Ersterhebung teilnehmenden UMF, durchschnittlich 18 Monate später 20 dieser UMF im Rahmen vorliegender Arbeit erneut zu ihrer psychischen Gesundheit sowie ihrer Lebenssituation in Deutschland befragt. Die UMF waren zwischen 17 und 22 Jahren alt, unterschiedlicher Herkunft und, mit Ausnahme einer Frau, ausschließlich männlich.

Die Ergebnisse verweisen auf einen chronischen Verlauf der psychischen Belastung. Ferner ist die Postmigrationssituation für den langfristigen Verlauf der psychischen Belastung bei in Deutschland lebenden UMF von Bedeutung. So wurde ein hoher positiver Zusammenhang zwischen der Länge der Schulausbildung in Deutschland und dem langfristigen Verlauf der Depressivität sowie den internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen festgestellt. Zudem zeigte sich bei UMF, die einer Arbeit nachgingen, eine Verschlechterung und bei nicht-berufstätigen UMF eine Verbesserung der PTBS-Symptomschwere. Entgegen der Annahme beeinflusste die Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse und alle weiteren untersuchten Postmigrationsbedingungen den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit nicht signifikant.

Die vorliegende Arbeit gibt erste Hinweise auf potenzielle Schutz- und Risikofaktoren für die Langzeitentwicklung psychischer Gesundheit bei in Deutschland lebenden UMF. Zudem verweist sie auf die Notwendigkeit der Implementierung rechtlicher und sozialer Standards für UMF in Deutschland.

Schlüsselwörter: unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, Trauma, Postmigration, Verlaufsstudie, psychische Gesundheit

Abstract (English)

Little is known about the long-term course of mental health of unaccompanied minor refugees (UMR) living in Exil.

The aim of the present work was to observe the long-term course of symptom severity of PTBS, depression, emotional and behavioral problems and to investigate if the number of traumatic experiences, as well as post-migration living conditions (i.e. school education, occupation, residential setting, frequency of flat changes and asylum status) affect the long-term course of mental health.

Out of the 57 UMR who participated in a first survey, 20 UMR were interviewed about 18 months later during present thesis about their mental health and their living situation in Germany through standardized and structured interviews. The UMR were between 17 and 22 years old, all male, except for one female, and from different countries of origin.

The results indicate a chronic course of psychological distress. Further, post-migration living conditions are important for the long-term course of mental health of UMR living in Germany. The length of school education in Germany was highly positive related to the long-term development of depression, internalizing and externalizing problems. Moreover, UMR who were employed did have an aggravation of their PTBS symptom severity, while UMR without an occupation showed reduced symptom severity. However, the number of traumatic events and all other examined post-migration factors do not influence the long-term course of mental health significantly.

The study offers first indications of potential protective and risk factors for the long-term course of mental health of UMR living in Germany. Furthermore, they emphasize the need of implementing juridical and social standards for UMR in Germany.

Keywords: unaccompanied minor refugees, trauma, post-migration, follow-up study, mental health

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (UMF)	9
2.1	Begriffsbestimmung	9
2.2	Flüchtlingszahlen und Gründe der Flucht	10
2.3	Rechtliche und soziale Situation in Deutschland	12
2.3.1	Die ersten Schritte bis zur Unterbringung der UMF	13
2.3.2	Asylrecht.....	15
2.3.3	Bildungswesen, Arbeitsmarkt und Gesundheitsversorgung	16
3	Psychische Gesundheit von UMF	17
3.1	Posttraumatische Belastungsstörung.....	17
3.2	Depression.....	20
3.3	Internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten.....	22
4	Prä- und Postmigration	23
4.1	Die Phasen der Flucht	24
4.2	Ressourcenbasiertes Modell der Adaption.....	25
4.3	Trauma und die Postmigrationssituation	26
5	Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit	27
5.1	Traumatische Erfahrungen.....	27
5.2	Aufenthaltsstatus.....	28
5.3	Wohnsituation und Häufigkeit der Wohnungswechsel.....	30
5.4	Schulausbildung und Berufstätigkeit	31
6	Langzeitentwicklung der psychischen Gesundheit	33
7	Zielsetzung der Studie	36
8	Fragestellungen und Hypothesen	37
9	Methodik	38
9.1	Rekrutierung der Stichprobe	38
9.2	Untersuchungsdesign und –durchführung	39
9.3	Erhebungsinstrumente.....	40
9.3.1	Soziodemographischer Fragebogen.....	40
9.3.2	Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ).....	41
9.3.3	UCLA Posttraumatic Stress Disorder Index für DSM-IV (UPID).....	42
9.3.4	Becks Depressions-Inventar-II (BDI-II).....	43
9.4	Statistische Analysen	44

9.4.1	Überprüfung von Stichprobenunterschieden.....	44
9.4.2	Hypothesenprüfung	44
10	Ergebnisse	46
10.1	Beschreibung der Stichprobe.....	46
10.2	Vergleich der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer zu T1	47
10.2.1	Vergleich der Soziodemographie	48
10.2.2	Vergleich der psychischen Gesundheit	49
10.3	Deskriptive Beschreibung der Variablen zur Hypothesenprüfung.....	50
10.3.1	Psychische Gesundheit	50
10.3.2	Traumatische Erfahrungen	52
10.3.3	Postmigrationssituation	54
10.4	Überprüfung der Hypothesen	58
10.4.1	Verlauf der psychischen Gesundheit.....	58
10.4.2	Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf den Verlauf der psychischen Gesundheit	59
11	Diskussion.....	68
11.1	Interpretation der Ergebnisse.....	68
11.1.1	Ausfallrate der Probanden.....	68
11.1.2	Langfristiger Verlauf der psychischen Gesundheit bei UMF	69
11.1.3	Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit bei UMF	70
11.2	Einschränkungen der vorliegenden Arbeit	76
11.3	Schlussfolgerungen und Implikationen	77
12	Literaturverzeichnis	79
13	Abbildungsverzeichnis	88
14	Tabellenverzeichnis	89
15	Anhänge.....	90
15.1	Anhang A: Fragebogenbatterie.....	90
15.2	Anhang B: Tabellen.....	106
15.3	Anhang C: Lebenslauf	109

1 Einleitung

Weltweit standen im Jahr 2011 25,9 Millionen Menschen unter dem Schutz des Flüchtlingshochkommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR). Annähernd die Hälfte dieser Menschen (46%) waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Ein Teil dieser Kinder und Jugendlichen befanden sich ohne ihre Eltern oder einer für sie zuständigen Fürsorgeperson auf der Flucht. Allein in Europa suchten 2011 über 13.000 sogenannte unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) um Asyl an (UNHCR, 2012).

Obwohl die Zahl an unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Europa jährlich zunimmt, ist bisher kaum bekannt, wie sich die psychische Gesundheit dieser höchst vulnerablen Flüchtlingspopulation langfristig entwickelt und welche Faktoren im Exil eine Genesung oder Aufrechterhaltung psychischer Belastung bedingen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher einerseits zu untersuchen, ob sich die psychische Gesundheit dieser jungen Menschen mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland verändert sowie andererseits den Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit zu beobachten.

Dafür wird zunächst im theoretischen Teil erörtert, was unter dem Begriff unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) zu verstehen ist. Zudem werden aktuelle Zahlen zu UMF in Europa und Deutschland dargestellt sowie ihre rechtliche und soziale Situation in Deutschland beschrieben. Danach werden typische psychische Störungen dieser Flüchtlingsgruppe sowie theoretische Aspekte zur Bedeutung der Prä- und der Postmigrationssituation für die psychische Gesundheit von Flüchtlingen dargelegt. Im Anschluss daran wird auf einzelne extrahierte Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit genauer eingegangen sowie abschließend der aktuelle Forschungsstand zur Langzeitentwicklung psychischer Gesundheit von im Exil lebenden jungen Flüchtlingen dargelegt. Basierend auf den Erkenntnissen der theoretischen Abhandlung werden, nach einer klaren Darstellung des Forschungsziels, Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet, die danach anhand statistischer Verfahren praktisch untersucht werden. Abschließend folgt die Diskussion in der die Ergebnisse interpretiert und die Einschränkungen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt sowie Schlussfolgerungen und Implikationen gezogen werden.

2 Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (UMF)

In den nächsten Abschnitten wird erläutert, was unter „unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen“ (UMF) verstanden wird, aktuelle Zahlen zu UMF in Europa und in Deutschland präsentiert sowie ihre rechtliche und soziale Situation in Deutschland dargestellt.

2.1 Begriffsbestimmung

Die Bezeichnung *unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)* setzt sich aus drei Begrifflichkeiten zusammen, die im Folgenden näher erläutert werden:

Die Europäische Union definiert nach Artikel 2(k-1) des Amtsblattes der Europäischen Union, Richtlinie Nr. 2011/95/EU, alle Personen als *unbegleitete Minderjährige*, die

unter 18 Jahren, (...) ohne Begleitung eines für ihn nach dem Gesetz oder der Praxis des betreffenden Mitgliedstaats verantwortlichen Erwachsenen in das Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats einreist, solange er sich nicht tatsächlich in der Obhut eines solchen Erwachsenen befindet; dies schließt Minderjährige ein, die nach der Einreise in das Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats dort ohne Begleitung zurückgelassen wurden.

In der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) von 1951 gelten jene Menschen als *Flüchtlinge*, die

aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befinden, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will (UNHCR, 1967, Art.1A, Abs.2).

Aufgrund der besonderen Vulnerabilität unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge, werden sie in der Fachliteratur oft getrennt von sogenannten *begleiteten minderjährigen Flüchtlingen (BMF)* behandelt (Huemer et al., 2009). Im Gegensatz zu UMF suchen begleitete minderjährige Flüchtlinge mit ihren Eltern oder einer für sie zuständigen Fürsorgeperson in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) um Asyl an. Gleichzeitig erfolgt auch eine Trennung von *Migranten*, die vorwiegend aus ökonomischen Gründen

über ihre Landesgrenzen hinaus ihren Wohnort verlegen, aber keine Asylgründe vorlegen können (Parusel, 2009a).

Außerdem wird in der vorliegenden Arbeit mit der Bezeichnung Flüchtling nicht auf einen anerkannten Flüchtlingsstatus im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) Bezug genommen, sondern es sind damit Menschen gemeint, wie auch oft in der Praxis üblich, die in Deutschland als Asylbewerber Asyl ersuchen, auch wenn ihnen kein rechtlicher Flüchtlingsstatus zugesprochen werden kann. *Asylbewerber* sind dabei jene Menschen, die um internationalen Schutz ansuchen, deren Asylantrag aber noch nicht entschieden wurde (Parusel, 2009a).

Die nächsten Kapitel beruhen hauptsächlich auf Forschungsergebnissen zu Flüchtlingen und Asylbewerbern und schließen Untersuchungen mit Migrant*innen aus. Des Weiteren erfolgt eine klare Trennung zwischen unbegleiteten und begleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Die Bezeichnung „minderjährig“ bezieht sich auf das Alter junger Flüchtlinge bei der Einreise ins Exil, unabhängig davon wie alt sie dann bei der Datenerhebung waren. Wird von jungen Flüchtlingen gesprochen schließt das, wie unter § 7 Abs. 1 Nr. 4 des Sozialgesetzbuchs VIII (SGB-VIII) definiert, alle jungen Menschen bis zum 26. Lebensjahr ein (Berthold & Espenhorst, 2011) und meint sowohl unbegleitete als auch begleitete Flüchtlinge. Zu Gunsten einer flüssigen Lesbarkeit werden im weiteren Text die Abkürzungen UMF und BMF verwendet.

2.2 Flüchtlingszahlen und Gründe der Flucht

Die Hälfte aller Menschen auf der Flucht sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Dabei steigt die Zahl der UMF stetig an. Im Jahr 2011 wurden weltweit 17.700 Asylanträge durch UMF gestellt (UNHCR, 2012). Davon suchten allein in Europa 13.300 UMF Asyl. Nach Asylanträgen gerechnet verzeichneten 2011 die Staaten Schweden (2.700 Asylanträge) und Deutschland (2.100 Asylanträge) den stärksten Zustrom. Weitere wichtige Aufnahmeländer waren Belgien (1.600), das Vereinigte Königreich (1.300) (UNHCR, 2012) und Österreich (1.300) (Bundesministerium für Inneres [BM.I], 2012).

Laut dem Bundesministerium für Migration und Flucht (BAMF) waren die Hauptherkunftsregionen nach Asylanträgen aus dem Jahr 2011 Asien¹ (1.596); die meisten UMF stammten aus Afghanistan (1084), dem Irak (199), Syrien (84) sowie Pakistan (54) und dem Iran (44). Aus Afrika² flohen insgesamt 435 UMF. Hauptherkunftsländer waren hier Somalia (112), Äthiopien (57), Guinea (56), Eritrea (26) und Nigeria (21). Aus dem europäischen Raum³ stammten insgesamt 68 Kinder und Jugendliche, laut BAMF (2011) aus der Russischen Föderation (23), aus Serbien (16), aus der Türkei (9) und dem Kosovo (6).

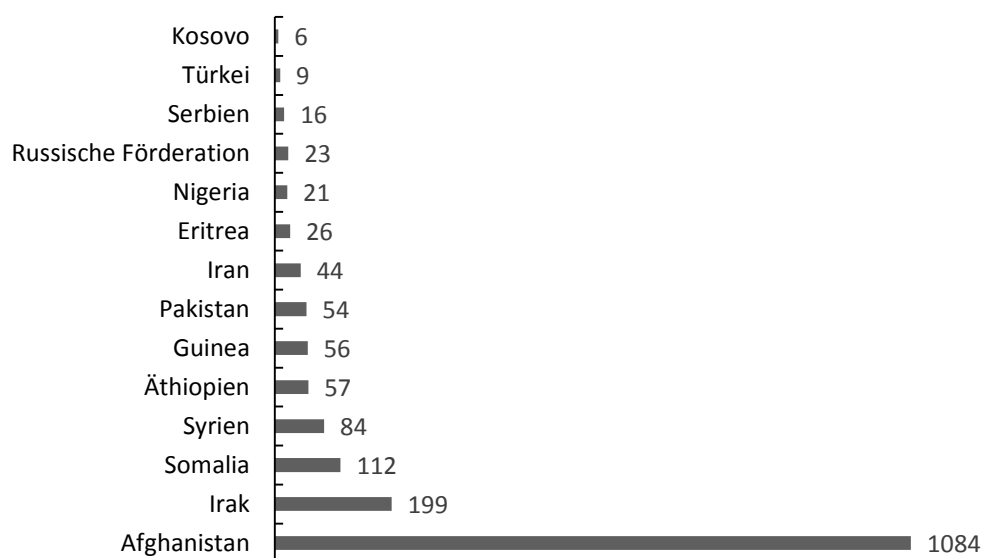


Abbildung 1. Hauptherkunftsländer von UMF 2011 (BAMF, 2011)

UMF stammen aus Herkunftsländern mit oft sehr unterschiedlichen politischen, ethnischen und religiösen Hintergründen. Dementsprechend sind auch ihre Beweggründe für die Flucht nach Europa jeweils verschieden (Parusel, 2009b).

¹ Aus insgesamt 18 asiatischen Staaten

² Aus insgesamt 31 afrikanischen Staaten

³ Aus insgesamt 11 Staaten des europäischen Raumes

Während der Asylanhörung von UMF erfasste das Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge folgende Motive zur Flucht (Parusel, 2009b):

- Verlust der Eltern durch: Verschleppung, Tod in Kriegshandlungen oder Krankheiten (z. B. HIV)
- Angst vor drohender Genitalverstümmelung, Zwangsheirat, -prostitution oder sexuellem Missbrauch werden vor allem von Mädchen und jungen Frauen genannt
- Angst vor der Einberufung, Zwangsrekrutierung als Kindersoldat oder Verfolgung aufgrund Wehrdienstverweigerung werden vor allem von Buben und jungen Männern genannt
- Angst vor Sklaverei oder Kinderarbeit
- Fehlende Zukunftsperspektiven, unzureichende Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Lebenssituation der UMF in Deutschland. Daher werden im nächstfolgenden Abschnitt die aktuelle rechtliche und die soziale Situation der UMF in Deutschland dargestellt.

2.3 Rechtliche und soziale Situation in Deutschland

Die soziale und rechtliche Situation von UMF gestaltet sich europaweit sehr unterschiedlich. Daher wird in der vorliegenden Arbeit besonders die Situation der UMF in Deutschland dargestellt werden, die für die spätere Fragestellung von Bedeutung sein wird.

Artikel 22 Absatz 1 der UN-Kinderrechtskonvention besagt, dass allen minderjährigen Flüchtlingen, egal ob durch Eltern begleitet oder nicht, Schutz und Rechtshilfe zukommen muss (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 1990). Durch den Nationalen Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland (NAP) sollte dies zwischen 2005 und 2010 auch verwirklicht werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2010). Die BRD zog aber erst 2010

ihre Vorbehaltserklärung gegen die UN-Kinderrechtskonvention zurück, die das Ausländer- und Fremdenrecht über die Rechte des Kindes stellte und damit nichtdeutsche Kinder deutlich benachteiligte. UMF stehen in Deutschland nach wie vor im Spannungsfeld zweier Rechtsgebiete: der Kinder- und Jugendhilfe, deren Gesetzesgrundlage im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) geregelt ist, und dem Aufenthalts- und Asylrecht (Espenhorst, 2013). „Obwohl das Bewusstsein für die Schutzbedürftigkeit von unbegleiteten Minderjährigen in den letzten Jahren zugenommen hat, mangelt es nach wie vor an einer konsequenten Umsetzung der bestehenden Standards der Jugendhilfe“ (Espenhorst, 2013, S. 29).

Im NAP wurde auch verankert, wie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland umgegangen werden soll. Nach der Feststellung der Minderjährigkeit, sollten UMF in Obhut genommen und ein Clearingverfahren eingeleitet werden, bei dem im Sinne des Kindeswohls⁴ über das weitere Vorgehen und die Unterbringung der Minderjährigen entschieden wird. Danach kann ihnen ein Vormund bereitgestellt und für eine altersgerechte Unterbringung gesorgt werden. Die Minderjährigen sollten bei der Beantragung von Jugendhilfeleistungen unterstützt und ihnen der Zugang zum Bildungswesen und dem Arbeitsmarkt erleichtert werden (BMFSFJ, 2010). Keines dieser Ziele wurde bundesweit in der BRD umgesetzt. Entscheidungen, wie mit UMF verfahren werden soll, obliegen weiterhin dem Ermessen der Bundesländer (Espenhorst, 2013).

2.3.1 Die ersten Schritte bis zur Unterbringung der UMF

Nachdem die Minderjährigkeit von Flüchtlingen festgestellt wird, sollten UMF in Obhut genommen, ein Clearingverfahren eingeleitet sowie für eine altersgerechte Unterbringung gesorgt werden. Diese Schritte werden im Folgenden etwas genauer erörtert:

Die *Altersfestsetzung* erfolgt entweder durch die reine Inaugenscheinnahme durch die Bundespolizei und das Jugendamt oder das biologische Alter wird durch die Vermessung der Handwurzelknochen eruiert. Beide Methoden zur Bestimmung des biologischen Alters sind sowohl aus ethnischer als auch medizinischer Perspektive stark umstritten. Auf diese Weise werden viele der Kinder und Jugendlichen meist älter gemacht,

⁴ „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen (...) getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist“ (UNICEF, 1990, Art.3, Abs.1).

als sie tatsächlich sind (Eспенhorst, 2013). Dabei bestimmt das festgelegte Alter die Zukunft der Jugendlichen in Deutschland. Nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG) und dem Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) gelten 16- und 17-Jährige nämlich weiterhin als handlungs- bzw. verfahrensfähig (Parusel, 2009b). Diese Gesetzeslage kann für viele Lebensbereiche der UMF negative Folgen nach sich ziehen. So muss ihnen zum Beispiel im Asylverfahren kein Vormund zur Seite gestellt werden. Sie können in Erstaufnahmeeinrichtungen für erwachsene Asylbewerber untergebracht werden und zusätzlich wird ihnen der Zugang zu Bildungseinrichtungen erschwert, da die allgemeine Schulpflicht in einigen Bundesländern nur bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres gilt (Eспенhorst, 2013).

Werden Flüchtlinge als minderjährig identifiziert, sollte eine *Inobhutnahme* durch die Jugendämter erfolgen. Die Inobhutnahme dient nach § 42 SGB VIII „dem Schutz von Kindern und Jugendlichen bei drohender Gefährdung ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit“ (Eichler, 2011, S.1). Ziele der Inobhutnahme sind die Abklärung der Schutzbedürftigkeit der jungen Flüchtlinge, die Bestellung eines Vormundes und die Gewährleistung einer vorläufigen Unterbringung. Falls notwendig, soll zudem eine ambulante oder teilstationäre Versorgung ermöglicht werden (Eichler, 2011). Dem dritten und vierten Staatenbericht der BRD zufolge sind alle Bundesländer verpflichtet, uneingeschränkt auch 16- und 17-Jährige in Obhut zu nehmen (BMFSFJ, 2010). Schätzungen zufolge geschieht dies aber aktuell bei 25% aller UMF weiterhin nicht (Eспенhorst, 2013). Laut dem Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. nahmen die Jugendämter 2011 3.782 unbegleitete Minderjährige in Obhut (b-umf, 2012). Zeitgleich mit der Inobhutnahme wird auch das Clearingverfahren eingeleitet (Eichler, 2011).

Im *Clearingverfahren* wird u.a. ein Vormund bestellt und der Bedarf an Jugendhilfemaßnahmen und die aufenthaltsrechtliche Situation geprüft. Es wird abgewogen, ob eine Rückkehr für die Minderjährigen in ihr Heimatland oder eine Familienzusammenführung in Frage kommt. Ist dies nicht der Fall, wird ein Asylantrag oder ein Bleiberecht aus humanitären Gründen angestrebt (BMFSFJ, 2010). Das Clearingverfahren kann sich über einige Tage bis zu mehreren Monaten erstrecken. Nach Beendigung des Verfahrens wird über eine altersadäquate Unterbringung für die Minderjährigen entschieden und das Asylverfahren eingeleitet (Parusel, 2009b).

Auch bei der *Unterbringung* steht das Kindeswohl im Vordergrund. Je nach Ressourcen können sie bei Verwandten, in Pflegefamilien oder staatlichen Kinder- und

Jugendeinrichtungen – Kinderheimen oder betreuten Wohngruppen – untergebracht werden (BMFSFJ, 2010). Trotz dieser Möglichkeiten kommt es allerdings immer noch vor, dass die UMF auch in Erstaufnahmeeinrichtungen für erwachsene Flüchtlinge und Asylbewerber untergebracht werden (Espenhorst, 2013). Sie erfahren dadurch oft eine sowohl finanzielle als auch gesellschaftliche Schlechterstellung als UMF, die der Kinder- und Jugendfürsorge obliegen und somit Leistungen der Jugendhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB VIII) beziehen können (Parusel, 2009b).

2.3.2 Asylrecht

Die deutsche Rechtsordnung unterscheidet zwischen der Anerkennung der Asylberechtigung, der Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft (s. Abschnitt 2.1), der Gewährung subsidiären Schutzes und der Duldung (Parusel, 2009a).

Asylantragssteller, die in ihrem Heimatstaat politisch verfolgt werden, gelten nach Art. 16a Abs. 1 GG (AsylVfG) als *Asylberechtigte*. Im Sinne der Flüchtlingskonvention und § 3 Abs. 1 des AsylVfG in Verbindung mit § 60 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) kann den Asylberechtigten Flüchtlingsschutz erteilt werden. Mit der Anerkennung der Asylberechtigung oder des Flüchtlingsschutzes im Sinne der GFK wird gleichzeitig eine Aufenthaltserlaubnis in der BRD gestattet.

Sind weder die Voraussetzungen für eine Asylberechtigung noch für eine Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft gegeben, ist aber für die Betroffenen dennoch „im Falle einer Abschiebung ein ernsthafter Schaden oder andere schwerwiegende Gefahren für Freiheit, Leib oder Leben“ (S. 21) zu befürchten, wird *subsidiärer Schutz* erstattet, der vor einer vorläufigen Abschiebung schützt (Parusel, 2009a). Da ein großer Teil der unbegleiteten Minderjährigen keine Fluchtgründe geltend machen kann, die den asylrechtlichen Kriterien von staatlicher Verfolgung genügen, wird bei vielen der Antrag abgelehnt oder nur subsidiärer Schutz vergeben (Espenhorst, 2013).

Die Abschiebung kann auch durch eine *Duldung* nach § 60 a Abs. 2 AufenthG hinausgezögert werden. Eine Duldung stellt jedoch eine deutliche Schlechterstellung für die jungen Flüchtlinge dar. Ihnen stehen damit nur eingeschränkte Sozialleistungen zu Verfügung und der Zugang zu Bildungseinrichtungen und dem Arbeitsmarkt wird ihnen verwehrt (Parusel, 2009a). Darüber hinaus stellt das Asylverfahren eine enorme emotionale Belastung für die jungen Flüchtlinge dar (Geltman et al., 2005) und viele der Jugendlichen

können ihre fluchtspezifischen Asylanliegen aufgrund schwerer Traumatisierung oft gar nicht vortragen (Odenwald, Schmitt, Neuner, Ruf, & Schauer, 2006).

Von allen 2011 in der BRD gestellten Asylanträgen wurden 36% von Minderjährigen beantragt. Im Jahr 2011 suchten 2.126 UMF beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Asyl. Entschieden wurde 2012 über 1.169 Asylanträge. Bei einem Drittel der jungen Flüchtlinge (692) wurde der Antrag abgelehnt, 328 erhielten einen subsidiären Schutz und bei 134 wurde der Flüchtlingsstatus anerkannt (Espenhorst, 2013).

2.3.3 Bildungswesen, Arbeitsmarkt und Gesundheitsversorgung

Wie sich das Leben von jungen Flüchtlingen in der BRD gestaltet, hängt stark vom Aufenthaltsrechtlichen Status ab (Espenhorst, 2013).

Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge haben, wie auch deutsche Staatsbürger, einen freien Zugang zu den Bildungseinrichtungen, dem Arbeitsmarkt und dem Gesundheitssystem. Solange sich aber junge Flüchtlinge im Asylverfahren befinden oder über eine Duldung verfügen, haben sie nur eingeschränkte Rechte (Parusel, 2009b). Außerdem erhalten trotz der allgemeinen Schulpflicht in der BRD nicht alle UMF einen Zugang zu Bildungseinrichtungen, da in einigen Bundesländern die allgemeine Schulpflicht rechtlich nur bis zum 16. Lebensjahr gilt. Gerade 16- und 17-Jährige Jugendliche haben es daher schwer, eine Ausbildungsstelle zu finden (Espenhorst, 2013). „Darüber hinaus berücksichtigen sowohl das Gesundheits- als auch das Bildungssystem nur unzureichend die besonderen Bedürfnisse junger Flüchtlinge. Dies hat zur Folge, dass lediglich eine mangelhafte Versorgung existiert, selbst wenn ein rechtlicher Anspruch auf Leistungen besteht“ (Espenhorst, 2013, S. 3).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es an einer bundesweiten Regelung, wie mit UMF verfahren werden soll, fehlt. So kommen den Minderjährigen, je nach Bundesland, unterschiedliche Rechte hinsichtlich Inobhutnahme, Unterbringung, Asylverfahren und dem Zugang zum beruflichen und sozialen Leben zu und zudem haben sie nur einen eingeschränkten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Auch fehlen bis heute jegliche statistische Angaben zur Lebenssituation der UMF in der BRD (Espenhorst, 2013).

3 Psychische Gesundheit von UMF

In den folgenden Unterkapiteln werden einige typische Folgestörungen traumatischer Erfahrungen für die Gruppe der UMF erläutert, die im Review von Bronstein und Montgomery (2011) beschrieben werden. Bronstein und Montgomery (2011) inkludierten in ihrem Review 22 Studien, die epidemiologische Daten zu begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen erfassten. Krankheitsbilder wie die PTBS und Depressivität werden anhand des DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*) beschrieben, welches von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben wurde (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998). Zusätzlich findet sich jeweils am Ende der Kapitel ein kurzer Exkurs zu Änderungen dieser Krankheitsbilder im DSM-5 (APA, 2013). Die Beschreibung internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten orientiert sich an den Skalen des SDQs (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) (Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998), welcher zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten herangezogen wurde. Prävalenzraten der PTBS, Depressivität sowie internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten von UMF werden mit den Raten von BMF, aber auch jenen der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen ohne Fluchterfahrung verglichen, sofern Vergleichsdaten vorliegen.

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Das häufigste Störungsbild in Folge traumatischer Erfahrungen ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die PTBS wird im DSM-IV (Saß et al., 1998) unter den Angststörungen klassifiziert.

Um eine PTBS diagnostizieren zu können, muss ein Ereignis vorliegen, das ein direktes oder indirektes Risiko für die eigene oder fremde Unversehrtheit in sich birgt (A1-Kriterium) und von der betroffenen Person mit großer Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt wird (A2-Kriterium) (Saß et al., 1998). Bei Kindern und Jugendlichen kann bereits die bloße Vermittlung durch Erzählung eines solchen Ereignisses ausreichend für eine Traumatisierung sein (Steil & Straube, 2002).

Erfahren Personen ein traumatisches Ereignis, können infolgedessen folgende Symptome, die unter den Symptomgruppen B, C und D eingeordnet werden, auftreten (Saß et al., 1998):

B (*Wiedererleben*): Das traumatische Ereignis wird beharrlich, in Form von Gedanken, Albträumen oder Flashbacks wiedererlebt. Bei Kindern können unspezifische Albträume, repetitives Spielen oder Neuinszenierung des Traumas auftreten

C (*Vermeidung*): Reize die mit dem Trauma verbunden werden, werden anhaltend vermieden und/oder es findet eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität statt.

D (*Übererregung*): Gleichzeitig liegen anhaltende Symptome eines erhöhten Arousal vor.

Für die Diagnosestellung einer PTBS müssen die beschriebenen Symptome mindestens einen Monat lang vorliegen (Kriterium E) und eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen nach sich ziehen (Kriterium F).

Von einer *akuten PTBS* spricht man, wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern. Eine *PTBS mit chronischem Verlauf* wird diagnostiziert, wenn die Symptome über 3 Monate bestehen bleiben und eine *PTBS mit verzögertem Beginn* liegt vor, wenn die Symptome mindestens 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis auftreten.

Exkurs DSM-5. Das *DSM-5* (APA), das 2013 herausgegeben wurde, klassifiziert die PTBS in einem eigenen Kapitel der trauma- und stressbezogenen Störungen. Im *DSM-5* wurde das Kriterium A2, das das Empfinden von Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen beschreibt, als Diagnosekriterium entfernt. Darüber hinaus gibt es nun vier Symptomgruppen anstatt drei, da das Kriterium C auf zwei einzelne Kriterien aufgeteilt wurde: Die Vermeidung von Reizen und die Abflachung der allgemeinen Reagibilität. Es findet keine Trennung mehr statt zwischen einer akuten und chronischen PTBS. Dafür sind zwei Subtypen hinzugekommen: PTBS bei Kindern jünger als sechs Jahren und eine PTBS mit dissoziativen Symptomen.

Nicht jede Person, die ein traumatisches Ereignis erlebt, entwickelt auch eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Breslau, 2009; Neuner et al., 2004). Faktoren, die das Risiko an einer PTBS zu erkranken erhöhen, können in prä-, peri- und posttraumatische Faktoren eingeteilt werden. In der Metaanalyse von Brewin, Andrews, und Valentine (2000) konnten anhand dieser Einteilung eine Vielzahl an Risikofaktoren, u. a. psychiatrische Vorgeschichte, Schwere des Traumas, soziodemographische Eigenschaften wie Alter, Schulbildung und ein Mangel an sozialer Unterstützung identifiziert werden. Eine ähnliche Metaanalyse gibt es für Kinder und Jugendliche

allerdings nicht. Außerdem beeinflusst die Art der Traumata und die Anzahl unterschiedlicher Traumata-Arten, ob ein Mensch eine PTBS entwickelt oder nicht.

Nach Terr (1991) werden zwei *Arten von Traumata* unterschieden:

- 1) *Typ-I Traumata* werden durch ein kurzfristiges oder einmaliges Ereignis, wie etwa durch einen Unfall oder einer kurzdauernden Naturkatastrophe, ausgelöst.
- 2) *Typ-II Traumata* hingegen erstrecken sich über einen längeren Zeitraum und finden wiederholt statt (z. B. Kriegshandlungen, wiederholter sexueller Missbrauch in der Kindheit).

Darüber hinaus wird unterschieden, ob die traumatischen Erfahrungen zufälliger Natur sind oder durch Menschen verursacht werden.

Kumulativer Effekt: Mehr als die Art der erlebten Traumata scheint aber der kumulative Effekt unterschiedlicher traumatischer Ereignisse von Bedeutung für die Entstehung einer PTBS zu sein. In einer großangelegten Untersuchung ($n = 3.339$) in der West-Nil-Region fanden Neuner et al. (2004), dass die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, durch die Kumulation unterschiedlicher Traumata zunimmt. Ab einer Anzahl von 28 Traumata erfüllten alle Personen die Kriterien einer PTBS. Diese additive Auswirkung traumatischer Erfahrungen auf die Entstehung einer PTBS wird als *Building Block Effekt* bezeichnet (Neuner et al., 2004).

Wird die Häufigkeit der PTBS bei UMF betrachtet, finden sich Prävalenzraten zwischen 20% und 65.4%, hingegen erstrecken sich die Prävalenzraten bei BMF zwischen 19% und 45.5%. Die hier beschriebenen Prävalenzen basieren auf dem Review von Bronstein und Montgomery (2011), die vorwiegend Ergebnisse präsentieren, die anhand von Screening-Verfahren gewonnen wurden. Untersuchungen, die UMF und BMF im direkten Vergleich gegenüberstellen, finden ebenfalls bei UMF eine höhere PTBS Ausprägung als bei BMF (vgl. Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Hodes, Jagdev, Chandra, & Cunniff, 2008). Zwei aktuelle Studien konnten gefunden werden, die die Prävalenz der PTBS mit Hilfe von klinisch-diagnostischen Interviews erhoben. Ein Vergleich dieser zeigt sowohl bei UMF (19.5%) (Huemer et al., 2011) als auch für BMF (19%) (Ruf, Schauer, & Elbert, 2010) gleich hohe Prävalenzen der PTBS.

Deutlich wird, dass bei jungen Flüchtlingen, egal ob begleitet oder unbegleitet, die Prävalenzraten der PTBS deutlich höher ausfallen als bei Kindern und Jugendlichen der

Allgemeinbevölkerung. In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren bei 1.6% (Essau, Conradt, & Petermann, 1999). Allerdings wird bis heute über die Adäquatheit der PTBS-Diagnosekriterien für die Feststellung einer PTBS im Kindes- und Jugendalter diskutiert. So verweisen Autoren wie Sheeringa, Wright, Hunt und Zeanah (2006), dass die Diagnosekriterien im DSM-IV insbesondere bei Vorschulkindern zu einer Unterschätzung von Prävalenzen der PTBS führen. Die Angemessenheit der Diagnosekriterien des DSMs für Jugendliche unter 18 Jahren ist ebenfalls weiterhin ungeklärt.

3.2 Depression

Die Depression tritt häufig als komorbide Störung zur PTBS auf (Breslau, 2009). Im DSM-IV (Saß et al., 1998) werden depressive Störungen dem Kapitel der affektiven Störungen zugeordnet und können in Form einer Major Depression, einer Bipolaren Störung sowie in nicht näher bezeichneten depressiven Störungen auftreten oder aber als Symptom innerhalb anderer Störungen erscheinen. Für die vorliegende Arbeit ist eine (aktuelle) Episode einer Major Depression von Bedeutung. Daher wird diese im Folgenden anhand der Kriterien der American Psychiatric Association (Saß et al., 1998) näher beschrieben.

Das Hauptsymptom der depressiven Episode ist ein Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Entmutigung. Bei Kindern und Jugendlichen kann anstelle einer traurigen Stimmung auch eine reizbare oder übellaunige Stimmung auftreten. Darüber hinaus ist eine Depression mit dem Verlust des Interesses oder der Freude an Aktivitäten verbunden. Weitere Symptome können eine Veränderung des Appetits, der Schlafdauer, der psychomotorischen Aktivität sowie ein allgemeiner Mangel an Energie sein. Die Fähigkeiten zu denken, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen, können vermindert sein und es können Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld sowie Gedanken an den Tod oder Selbstmord auftreten.

Für eine Diagnosestellung müssen die Symptome über eine zweiwöchige Periode vorhanden sein und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen.

Exkurs DSM-5. Im DSM-5 fand eine Neuordnung des Spektrums der depressiven Störungen statt und neue Störungen, wie z. B. die disruptive Affektregulationsstörung bei Kindern unter 18 Jahren und die prämenstruelle dysphorische Störung wurden

aufgenommen. Auch gilt für die Diagnose einer Major Depression der Tod einer nahen Bezugsperson nicht mehr als Ausschlusskriterium (APA, 2013).

Entstehungstheorien für die Depression sind vielfältig und ihre vollständige Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Ausführliche Angaben dazu lassen sich zum Beispiel in Hautzinger (2010) finden. Neben individuellen und sozio-ökonomischen Risikofaktoren beschreibt Hautzinger (2010), dass gerade die Erfahrung chronischer Belastungen, die durch stressreiche oder traumatische Lebensereignisse ausgelöst werden können, eine Episode der Major Depression begünstigen – insbesondere, wenn chronischer Stress in Zeiträumen stattfinden, in denen sonst keine Erholung von früheren Belastungen möglich ist. Dabei sind sowohl die Gesamtmenge an negativen Erlebnissen, als auch die Anzahl unterschiedlicher kritischer Ereignisse prädiktive Faktoren für einen Krankheitsbeginn. Hammen (2005) stellte ebenfalls in ihrem Review einen kausalen Zusammenhang zwischen der Episode einer Major Depression und stressvollen Lebensereignissen fest. Allerdings gibt es noch keine ausreichenden Beweise für die unterschiedliche Wirkung bestimmter Stressoren. Nach Hammen (2005) hat aber der Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen einen besseren Vorhersagewert für die Entstehung einer Depression als andere Stressoren.

Nur sehr wenige Untersuchungen betrachten die Depressivität junger Flüchtlinge im Exil. Jene Studien, die dazugezählt werden können, zeigen eine breite Spanne der Depressionsprävalenz von 3% bis hin zu 30%. Dabei wurden in den von Bronstein und Montgomery (2011) berichteten Studien sowohl BMF als auch UMF miteinbezogen. Ähnlich wie auch bei der PTBS zeigt ein direkter Vergleich der beiden Gruppen, dass bei UMF häufiger eine Depression festgestellt wird als bei BMF (vgl. Derluyn et al., 2009; Wiese & Burhorst, 2007). Nur eine Untersuchung wurde gefunden die bei UMF die Major Depression mittels klinisch-diagnostischer Interviews erhob. Diese stellte bei UMF eine Prävalenzrate von 4.9% fest (Huemer et al., 2011). Im Vergleich zu den Punktprävalenzen bei UMF oder BMF wurde bei in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung (ohne Fluchterfahrung) eine Lebenszeitprävalenz der Major Depression von 17.9% festgestellt (Essau, Conradt, & Petermann, 2000).

3.3 Internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

Im DSM-IV werden internalisierende und externalisierende Verhaltensstörungen voneinander getrennt behandelt und beinhalten ein breites Spektrum verschiedener Störungen (vgl. Saß et al., 1998).

Für die vorliegende Arbeit ist jedoch die Einteilung internalisierender und externalisierender Probleme auf Basis des *Strength and Difficulties Questionnaire* von Goodman et al. (1998) forschungsleitend (s. Abschnitt 9.3.2). Die von Goodman, Lamping und Ploubidis (2010) verwendeten Items und Subskalen wurden anhand des DSM-IV operationalisiert und mittels Faktorenanalyse extrahiert. Die in Tabelle 1 angeführten fünf Skalen des SDQs können nach Goodman et al. (2010) auch in zwei Skalen, einer internalisierenden und einer externalisierenden Skala, zusammengefasst werden, während das prosoziale Verhalten von dieser Kategorisierung ausgeschlossen und getrennt codiert wird. So umfassen internalisierende Verhaltensauffälligkeiten *emotionale Probleme* und *Probleme mit Gleichaltrigen*. Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten beinhalten *Verhaltensprobleme* und *Hyperaktivität*. Für eine genaue Darstellung dieser Skalen siehe Anhang A3.

Aufgrund der Vergleichbarkeit werden auch nur Prävalenzraten präsentiert, die mit dem SDQ gewonnen wurden; epidemiologische Studien für die Allgemeinbevölkerung auf Basis des SDQs gibt es, soweit der Autorin bekannt, keine. In der direkten Gegenüberstellung von UMF und BMF anhand anderer Verfahren lassen sich, neben einer ähnlichen Ausprägung externalisierender Verhaltensprobleme, bei UMF signifikant mehr internalisierende Probleme feststellen (vgl. Derluyn et al., 2009; Wiese & Burhorst, 2007). Lediglich zwei Untersuchungen setzten den SDQ als Erhebungsinstrument bei jungen Flüchtlingen ein (vgl. Derluyn & Broekaert, 2007; Nielsen et al., 2008). Die Ausprägung der Prävalenzen sowohl bei UMF als auch bei BMF, die anhand des SDQs durch Derluyn und Broekaert (2007) sowie Nielsen et al. (2008) erhoben wurden sind in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1

Prävalenzraten in den SDQ-Skalen bei UMF und BMF

SDQ-Skalen	Derluyn und Broekaert (2007)	Nielsen et al. (2008)
	UMF, Alter: 14 – 18 Jahre	BMF, Alter: 11 – 16 Jahre
	<i>N</i> = 135	<i>N</i> = 88
Emotionale Probleme	41%	58%
Probleme mit Gleichaltrigen	37%	38%
Verhaltensprobleme	14%	27%
Hyperaktivität	10%	27%
Prosoziales Verhalten	92%	94%

Anmerkung. Prozentwerte beruhen auf grenzwertigen und klinisch auffälligen Verhalten, die anhand des SDQs erhoben wurden.

Zusammenfassend zeigen sowohl unbegleitete als auch begleitete minderjährige Flüchtlinge hohe Prävalenzraten psychischer Erkrankungen. Im direkten Vergleich beider Gruppen zeigt sich durchgehend eine höhere Vulnerabilität der UMF. Allerdings müssen die Prävalenzen mit Vorsicht interpretiert und verglichen werden, da keine repräsentativen Untersuchungen für Flüchtlingspopulationen vorliegen. Die teilweise vorhandene breite Spanne zwischen den einzelnen Prävalenzraten kann durch den Einsatz verschiedener methodischer Verfahren und den sehr heterogenen Charakter von Flüchtlingspopulationen erklärt werden.

4 Prä- und Postmigration

Damit die Entstehung, Aufrechterhaltung und Genesung psychischer Störungen bei Flüchtlingen verstanden werden kann, müssen zuerst die drei Phasen der Flucht und ihre Herausforderungen dargestellt werden. Darauf folgend wird das *ressourcenbasierte Modell der Adaption* von Ryan et al. (2008) vorgestellt, welches den Adaptionprozess von im Exil lebenden Flüchtlingen beschreibt. Abschließend werden aktuelle Forschungsergebnisse zum Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingen dargestellt.

4.1 Die Phasen der Flucht

Keilson sprach bereits 1979 (2005) von einer *sequentiellen Traumatisierung* junger Flüchtlinge, welche in drei Phasen abläuft. Heute wird in diesem Sinne von den drei Phasen der Flucht gesprochen: Prämigration, Flucht und Postmigration (Ryan, Dooley, & Benson, 2008).

Prämigrationsphase. Diese Phase ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verlusten und potentiell traumatischen Erfahrungen (Ryan et al., 2008). Viele junge Flüchtlinge verlieren vor ihrer Flucht Familienangehörige und Freunde aufgrund gewalttätiger Auseinandersetzungen, Kriegen, Naturkatastrophen oder Krankheiten (Lustig et al., 2004). Besonders UMF sind vor ihrer Flucht oft schwerer physischer sowie psychischer Gewalt ausgesetzt (Wiese & Burhorst, 2007). Viele von ihnen haben den Tod ihrer Eltern oder von Familienangehörigen mitangesehen, waren selber in Kriegshandlungen, z. B. als Kindersoldaten, involviert und/oder erfuhren schwere Misshandlungen (Lustig et al., 2004; Wiese & Burhorst, 2007).

Fluchtphase. Diese Phase ist für viele Flüchtlinge mit dem Aufgeben der gewohnten sozialen und kulturellen Umgebung verbunden. Sie verlieren den Kontakt zu Familienmitgliedern, Freunden und müssen ihre Schulausbildung oder Berufstätigkeit aufgeben (Kirmayer et al., 2011). Da UMF ohne ihre Eltern auf der Flucht sind oder sie eben auf dieser verlieren, besteht für sie auch in dieser Phase ein erhöhtes Risiko für traumatische Erfahrungen (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012).

Postmigrationsphase. Doch auch im Exil sind junge Flüchtlinge weiteren schwierigen Situationen ausgesetzt. Sie müssen eine neue Sprache erlernen und sich an einer für sie oft fremde soziokulturelle Umwelt anpassen (Kirmayer et al., 2011). Viele von ihnen empfinden den Asylprozess als emotionale Belastung (Geltman et al., 2005), da sie in dieser Zeit oft über mehrere Jahre hinweg unter unsicheren und prekären Lebens- und Wohnbedingungen leben müssen (Espenhorst, 2013). Überdies erfahren sie im Exil immer wieder Diskriminierung und soziale Exklusion (Kirmayer et al., 2011), da ihnen ohne Aufenthaltsrecht der Zugang zu Bildungseinrichtungen und dem Arbeitsmarkt verwehrt bleibt (Espenhorst, 2013).

4.2 Ressourcenbasiertes Modell der Adaption

Das *ressourcenbasierte Modell der Adaption* (Ryan et al., 2008) ist ein theoretischer Ansatz, der seinen Fokus auf Flüchtlinge legt, die im westlichen Exil leben. Ryan et al. (2008) beschreiben in ihrem Modell *Ziele*, *Bedürfnisse* und *Ressourcen* von Flüchtlingen sowie *Anforderungen*, die an sie gestellt werden und in allen drei Phasen der Flucht zu finden sind. Das Modell basiert auf bereits bestehende Theorien, wie dem transaktionalen Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984), der Akkulturationstheorie von Berry (1997) und der Ressourcenerhaltungstheorie von Hobfoll (2001), die modifiziert, ergänzt und zum Teil in das Modell von Ryan et al. (2008) integriert wurden.

Zentral in der Theorie von Ryan et al. (2008) sind *Ressourcen*, die innerhalb der drei Phasen der Flucht (s. Abschnitt 4.1) verloren, aber auch (wieder-) gewonnen werden können. Folgende vier Kategorien von Ressourcen werden in dem Modell beschrieben:

- 1) *Persönliche Ressourcen*, die persönliche Fähigkeiten (z. B. soziale Fähigkeiten) und Eigenschaften (z. B. Selbstwert und Optimismus) mit einschließen
- 2) *Materielle Ressourcen*, wie z. B. finanzielle Mitteln, Wohnsituation und Berufstätigkeit
- 3) *Soziale Ressourcen*, die aus persönlichen Beziehungen geschöpft werden. Hier beziehen sich die Autoren aber auch auf ein Gefühl der Identität und Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk
- 4) *Kulturelle Ressourcen*, die Fähigkeiten, Wissen und Überzeugungen beinhalten, die sich Menschen in einer bestimmten Kultur aneignen können, wie z. B. Sprachfähigkeit, Schulbildung und berufliche Qualifikationen

Ryan et al. (2008) gehen davon aus, dass verlorene Ressourcen der ersten beiden Phasen der Flucht – Prämigration und Flucht – durch Ressourcen der Postmigration ausgeglichen werden können. So dürfte zwar die Prämigrationsphase besonders für das Verständnis der aktuellen Belastung von Flüchtlingen gleich nach ihrer Ankunft im Exil relevant sein. Um jedoch die langfristige Adaption von Flüchtlingen verstehen zu können, ist nach Ryan et al. (2008) die Betrachtung der Postmigrationsphase von Bedeutung. Dies

beobachtete bereits Keilson (2005) bei jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Ein Ergebnis seiner Langzeitstudie war, dass die Lebensbedingungen im Exil 25 Jahre nach dem Krieg das psychische Wohlbefinden der ehemaligen Kriegswaisen besser erklären konnten, als der Schweregrad der Traumatisierung während des Krieges.

4.3 Trauma und die Postmigrationssituation

Lange Zeit konzentrierte sich die Forschung auf die psychische Traumatisierung von Flüchtlingen im Kontext der Prämigrationsphase und die damit verbundene Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Miller & Rasmussen, 2010). Erst in den letzten Jahren rückt zunehmend die schwierige und anspruchsvolle Situation, mit der Flüchtlinge im Exil konfrontiert werden, in den Fokus der Aufmerksamkeit. Aktuelle Reviews berichten, dass die Psychopathologie von Flüchtlingen nicht nur eine posttraumatische Konsequenz von Kriegs- und Gewalterfahrungen ist, sondern gleichermaßen auch durch Postmigrationsstressoren erklärt werden kann (vgl. Bronstein & Montgomery, 2011; Fazel et al., 2012; Kirmayer et al., 2011; Miller & Rasmussen, 2010; Montgomery, 2011).

Außerdem deuten bisherige Forschungsergebnisse darauf hin, dass der Wirkungsbereich von traumatischen Erfahrungen und Postmigrationsstressoren auf die psychische Gesundheit verschieden ist. Während die PTBS und Angststörungen bei Flüchtlingen sowohl durch traumatische Erfahrungen, aber auch durch die Postmigrationssituation erklärt werden können, sind hingegen die Depressivität und andere emotionale Probleme sowie externalisierende Verhaltensprobleme vorwiegend durch Postmigrationsstressoren bedingt. Dieser unterschiedliche Wirkungsbereich traumatischer Erfahrungen und Postmigrationsstressoren kann sowohl bei BMF (vgl. Ellis, MacDonald, Lincoln, & Cabral, 2008; Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008; Heptinstall, Sethna, & Taylor, 2004) als auch bei UMF (vgl. Geltman et al., 2005; Oppedal & Idsoe, 2012) festgestellt werden. Im Folgenden werden einige Ergebnisse zu minderjährigen Flüchtlingen etwas genauer vorgestellt.

Heptinstall et al. (2004) befragten BMF im Alter von 8 bis 16 Jahren und ihre Eltern, die sich seit durchschnittlich vier Jahren in England befanden. Ferner betrachteten Ellis et al. (2008) 11- bis 20-jährige BMF, welche bereits durchschnittlich fünf Jahre in den USA lebten. Beide Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass die PTBS-Symptomatik der Kinder und Jugendlichen sowohl durch die früheren traumatischen Erfahrungen als auch

durch Postmigrationsstressoren erklärt werden konnte; die Depression dagegen ausschließlich mit der Postmigrationssituation in Zusammenhang stand. Eine weitere Studie, die BMF zwischen 11 und 17 Jahren betrachtete, fand nach durchschnittlich sieben Jahren des Aufenthaltes in Deutschland ebenfalls, dass frühere Gewalt- und Kriegserfahrungen das allgemeine psychische Wohlbefinden der BMF nicht erklären konnten. Gesellschaftliche und familiäre Exilbelastungen jedoch standen in einem Zusammenhang mit ihrem psychischen Wohlbefinden (Gavranidou et al., 2008). Auch bei UMF, die bereits drei Jahre in Norwegen lebten, fanden Oppedal und Idsoe (2012), dass ihre Depressionssymptomatik stärker durch sozio-kulturelle Adaptionsprozesse im Exil erklärt werden konnte als durch frühere traumatische Kriegserfahrungen.

5 Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit

Chronologisch entlang der drei Phasen der Flucht, die bereits beschrieben wurden (s. Abschnitt 4.1), können eine Vielzahl von potentiellen Schutz- und Risikofaktoren, wie z. B. traumatische Erfahrungen oder Faktoren innerhalb der Postmigrationssituation für die psychische Gesundheit von jungen Flüchtlingen ausgemacht werden. Diese Arbeit beschränkt sich im Folgenden auf einige wichtige Faktoren, die auf Basis aktueller Reviews (vgl. Fazel et al., 2012; Kirmayer et al., 2011; Montgomery, 2011) sowie dem ressourcenbasierten Modell der Adaption von Ryan (2008) (s. Abschnitt 4.2) erschlossen wurden und im Folgenden anhand aktueller Forschungsergebnissen näher beschrieben werden.

5.1 Traumatische Erfahrungen

Wie im Abschnitt 3.1 beschrieben, scheint der kumulative Effekt unterschiedlicher Traumata Arten von größerer Bedeutung für die Ausprägung der psychischen Belastung von Flüchtlingen zu sein, als spezifische Traumata. So stellten beispielsweise Neuner et al. (2004) fest, dass es für eine Person umso wahrscheinlicher ist eine PTBS zu entwickeln, je mehr unterschiedliche traumatische Ereignisse sie erlebt.

Dieser Zusammenhang kann auch bei jungen Flüchtlingen im Exil festgestellt werden. Ruf et al. (2010a) beispielsweise beobachteten bei in Deutschland lebenden BMF einen positiven linearen Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignistypen und der PTBS-Symptomschwere. Auch bei UMF ist nachgewiesen, dass die Anzahl

traumatischer Ereignisse nicht nur mit der PTBS-Symptomschwere (Bronstein, Montgomery, & Dobrowolski, 2012; Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008), sondern auch mit internalisierenden (wie Angst und Depression) sowie externalisierenden Verhaltensproblemen der UMF in Zusammenhang steht (Bronstein, Montgomery, & Ott, 2013; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009). Allerdings ist noch relativ unklar, inwieweit traumatische Erfahrungen auch den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit der im Exil lebenden jungen Flüchtlinge bestimmen.

5.2 Aufenthaltsstatus

Der aufenthaltsrechtliche Status bestimmt oftmals das Leben junger Asylbewerber im Exil. Er entscheidet, welche Rechte ihnen zukommen und somit über die Ressourcen die ihnen zur Verfügung stehen, um sich an ihre neue Umwelt zu adaptieren und psychisches Wohlbefinden zu erreichen (Ryan et al., 2008). Bis zum aktuellen Stand der Forschung befassten sich nur sehr wenige Untersuchungen mit den Auswirkungen des Asylverfahrens oder der aufenthaltsrechtlichen Situation auf die psychische Gesundheit von jungen Flüchtlingen. In den meisten Fällen ersuchen die Eltern junger Flüchtlinge um Asyl und werden daher auch vorwiegend für Studien konsultiert. Folgende Forschungsergebnisse beziehen sich daher auch vorwiegend auf erwachsene Flüchtlinge. Im Anschluss daran werden die wenigen vorhandenen Erkenntnisse zu jungen Flüchtlingen dargestellt.

Bogic et al. (2012) identifizierten bei 854 ehemaligen jugoslawischen Flüchtlingen, die seit durchschnittlich 9.5 Jahren in Deutschland, Italien oder dem Vereinigten Königreich lebten, ein erhöhtes Risiko für eine PTBS und für affektive Störungen, wenn sie sich in einem unsicheren Aufenthaltsstatus befanden. So kann bereits der Asylprozess, der Asylbewerber oft über mehrere Jahre hinweg in Unsicherheit und Illegalität leben lässt, eine enorme Belastung für diese Menschen darstellen (Mueller, Schmidt, Staeheli, & Maier, 2011). Laban et al. (2004) zeigten, dass die Prävalenzraten für Angst- und somatoforme Störungen sowie für die Depression mit der Dauer der Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus ansteigen. Neben der Arbeitslosigkeit und familienbezogenen Stressoren war die Sorge um das Aufenthaltsrecht der wichtigste Risikofaktor für diese psychischen Störungen (Laban, Gernaat, Komproe, Van der Tweel, & de Jong, 2005). Dementsprechend kann sich hingegen ein positiver Asylbescheid in Form einer Aufenthaltserlaubnis förderlich auf das psychische Wohlbefinden von Asylbewerbern

auswirken. So fanden Gerlach und Pietrowski (2012) bei Personen, die in Deutschland eine Aufenthaltserlaubnis innehatten, eine geringere PTBS-Symptomschwere als bei Asylbewerbern, die nur eine Duldung besaßen. Zudem stellten Steel et al. (2011) in ihrer Verlaufsstudie fest, dass Asylbewerber, die innerhalb von zwei Jahren eine Aufenthaltserlaubnis erhielten, auch eine Verbesserung ihrer Angst- und Depressionssymptome sowie ihres allgemeinen Wohlbefindens zeigten. Im Vergleich dazu aber wiesen Personen, die weiterhin in Unsicherheit über ihr Aufenthaltsrecht lebten, eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit auf. Hinsichtlich der PTBS-Symptomatik konnten Steel et al. (2011) keine signifikant unterschiedliche Entwicklung zwischen den beiden Gruppen finden. Auch Ruf et al. (2007) fanden bei in Deutschland lebenden Asylbewerbern, die nach drei Jahren einen sicheren Aufenthaltsstatus besaßen, im Vergleich zu jenen mit weiterhin unsicherem Aufenthaltsstatus, eine Verbesserung depressiver Symptome und somatischer Beschwerden.

Wie bereits erwähnt, gibt es nur wenige Erkenntnisse über den Einfluss der aufenthaltsrechtlichen Situation auf die psychische Gesundheit junger Flüchtlinge. Zwar beschreiben qualitative Untersuchungen deutlich die psychische Belastung junger Flüchtlinge aufgrund des Asylprozesses und der damit verbundenen Unsicherheit über die eigene Zukunft (vgl. McCarthy & Marks, 2010), allerdings gibt es nur wenige quantitative Studien dazu. So empfanden laut der Untersuchung von Geltman et al. (2005) drei Viertel der über 300 befragten UMF den Asylprozess als starke emotionale Belastung. Heptinstall et al. (2004), die BMF und ihre Eltern befragten, stellten fest, dass Kinder, deren Eltern einen unsicheren Aufenthaltsstatus besaßen, sowohl eine höhere PTBS- als auch Depressionsbelastung im Vergleich zu jenen zeigten, deren Eltern eine Aufenthaltserlaubnis inne hatten. Hingegen konnten andere Studien mit UMF keinen Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus oder der Länge des unsicheren Aufenthaltes und ihrer psychischen Gesundheit feststellen (Bronstein et al., 2012; Bronstein et al., 2013). Lediglich eine bekannte Studie untersuchte, ob der Aufenthaltsstatus die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit von jungen Flüchtlingen im Exil beeinflusst (vgl. Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007). Bean et al. (2007) stellten zwar im Querschnitt fest, dass UMF, die nach einem Jahr eine temporäre Aufenthaltserlaubnis besaßen, weniger internalisierende Verhaltensprobleme zeigten als jene Jugendliche, die weiterhin auf eine Entscheidung warteten. Jedoch konnten die Autoren keinen Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit feststellen.

5.3 Wohnsituation und Häufigkeit der Wohnungswechsel

Durchgehend kohärente Ergebnisse lassen sich hinsichtlich des Einflusses der Wohnsituation auf das psychische Wohlbefinden junger Flüchtlinge finden. Porter und Haslam (2005), die sowohl Kinder und Jugendliche als auch erwachsene Flüchtlinge in ihrer Metaanalyse berücksichtigten, deckten auf, dass das Wohnen in Erstaufnahmeeinrichtungen weitestgehend ein Risikofaktor für den psychischen Gesundheitszustand von Flüchtlingen darstellt, was auch neuere Studien bei UMF nachwiesen (vgl. Bean et al., 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008). Forschungsergebnisse speziell zu UMF zeigen, dass umso höher das Betreuungsverhältnis ist, das den jungen Menschen zukommt, desto höher ist auch ihr psychisches Wohlbefinden. Hodes et al. (2008) fanden bei UMF, die im Vereinigten Königreich selbstständig lebten, eine deutlich höhere PTBS-Symptomschwere als bei jenen Jugendlichen, die in betreuten Wohngruppen, Kinderheimen oder bei Pflegefamilien wohnten. Die geringste PTBS-Symptomschwere hatten jene UMF, die bei Pflegefamilien untergebracht waren und BMF, die mit mindestens einem Elternteil zusammenlebten. Hingegen stellten Derluyn und Broekaert (2007) hinsichtlich internalisierender und externalisierender Verhaltensproblemen fest, dass UMF, die ebenfalls im Vereinigten Königreich selbstständig lebten, die geringste Symptomschwere in beiden Bereichen berichteten, verglichen zu anderen Wohnformen, wie Pflegefamilie, betreute Wohngruppe und Erstaufnahmeeinrichtung. Allerdings fanden auch sie, dass UMF, die in einer Pflegefamilie oder in einer betreuten Wohngruppe lebten, eine bessere psychische Gesundheit aufzeigten als Jugendliche, die in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht waren. Bei einem direkten Vergleich zwischen den Unterbringungsarten Pflegefamilie versus einer betreuten Wohngruppe zeigte sich bei UMF, die bei einer Pflegefamilie leben, sowohl eine niedrigere PTBS-Symptomschwere (Bronstein et al., 2012) als auch weniger internalisierende Verhaltensprobleme (Bronstein et al., 2013). Bean et al. (2007), die UMF zwischen 10 und 21 Jahren in den Niederlanden über ein Jahr hinweg befragten, stellten fest, dass das Leben in Erstaufnahmeeinrichtungen ebenso einen Prädiktor für einen negativen Verlauf internalisierender und externalisierender Verhaltensprobleme darstellt.

Noch relativ unklar ist hingegen, wie sich ein häufiger Unterkunftswechsel oder die Änderung der Wohnraumlage im Exil auf das psychische Wohlbefinden junger Flüchtlinge auswirkt. Nielsen et al. (2008) stellten ab vier oder mehr Wohnungswechsel in Dänemark ein 3- bis 7-fach höheres Risiko für Verhaltensauffälligkeiten bei BMF zwischen 4 und 16

Jahren fest. Bean et al. (2007) fanden bereits nach einer einmaligen Überstellung der UMF zu einer anderen zuständigen Behörde in den Niederlanden erhöhte internalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Jedoch konnten sie diesen Zusammenhang nur im Querschnitt nachweisen und nicht in Bezug auf den Verlauf der psychischen Gesundheit über die Zeit hinweg. Im Gegensatz dazu fanden Bronstein et al. (2012, 2013) bei UMF zwischen 13 und 18 Jahren, die im Vereinigten Königreich durchschnittlich zwei Wohnungswechsel hatten, weder einen Zusammenhang mit der PTBS noch mit internalisierenden oder externalisierenden Verhaltensproblemen.

Zusammenfassend bleibt weiterhin unklar, wie sich ein Leben unter unterschiedlichen Wohnbedingungen langfristig auf den Verlauf der psychischen Gesundheit von UMF auswirkt. Lediglich Bean et al. (2007) untersuchten diesen Einfluss im Verlauf. Zudem ist neben der Auswirkung häufiger Wohnungswechsel auch noch nicht erforscht, welche Bedeutung der Übergang von der Betreuung – in Pflegefamilien, Wohngruppen oder Kinderheimen – in die Selbstständigkeit für die langfristige psychische Entwicklung hat.

5.4 Schulausbildung und Berufstätigkeit

Sowohl der Schulbesuch als auch die Berufstätigkeit werden in der aktuellen Flüchtlingsforschung als protektive Faktoren für psychisches Wohlbefinden beschrieben (vgl. Fazel et al., 2012; Kirmayer et al., 2011; Porter & Haslam, 2005). Dementsprechend haben Personen mit einem niedrigen Bildungsstand und keiner Arbeitserlaubnis ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen (Porter & Haslam, 2005). Außerdem zeigen Untersuchungen sowohl mit BMF (Kia-Keating & Ellis, 2007) als auch mit UMF (Geltman et al., 2005), dass die wahrgenommene Sicherheit (Geltman et al., 2005) und das Zugehörigkeitsgefühl (Kia-Keating & Ellis, 2007), die durch den Schulbesuch vermittelt werden können, sich positiv auf das psychische Wohlbefinden junger Flüchtlinge auswirken. Darüber hinaus sind schulische Leistungen, insbesondere das Erlernen einer neuen Sprache, aufgrund von Traumatisierung eingeschränkt (Elbert et al., 2009).

Aktuell ist nur wenig bekannt, welchen Einfluss eine Schulausbildung auf die langfristige psychische Entwicklung hat und in wie weit wirtschaftliche Möglichkeiten, die durch die Arbeitserlaubnis geregelt werden, relevant für junge Flüchtlinge sind. Daher werden zuerst einige Forschungserkenntnisse zur Relevanz der Berufstätigkeit bei erwachsenen Flüchtlingen präsentiert. Im Anschluss daran werden die wenigen

Längsschnittergebnisse zur Bedeutung der Schulausbildung und der Berufstätigkeit für die psychische Gesundheit von jungen Flüchtlingen dargestellt.

Laban et al. (2005) fanden, dass Personen mit Schwierigkeiten in arbeitsbezogenen Themen, wie z. B. fehlender Arbeitserlaubnis oder geringen Arbeitsmöglichkeiten, auch ein erhöhtes Risiko zeigten, eine psychische Störung zu entwickeln. So berichteten die Betroffenen von Angststörungen sowie affektiven und somatoformen Störungen. Am häufigsten wurde bei Personen mit arbeitsbezogenen Problemen eine Depression festgestellt. Auch Bogic et al. (2012) stellten in ihrer Studie fest, dass für Flüchtlinge die Arbeitslosigkeit in allen drei erhobenen europäischen Ländern (Deutschland, Italien und Vereinigtes Königreich) ein wichtiges Thema ist. In Deutschland berichteten beispielsweise mehr als 50% der 250 befragten Personen, Schwierigkeiten mit der Arbeit zu haben. Zudem fanden Bogic et al. (2012), dass die Arbeitslosigkeit zwar ein signifikanter Risikofaktor für depressive Störungen, nicht jedoch für die PTBS ist. Trotz bisheriger Erkenntnisse gibt es recht wenige Studien, die diese Ergebnisse im Längsschnitt und bei jungen Flüchtlingen replizierten.

Bean et al. (2007) untersuchten, ob die Anzahl der Bildungsjahre im Heimatland der UMF und die Häufigkeit der Schulwechsel in den Niederlanden in einem Zusammenhang mit dem Verlauf der psychischen Gesundheit über ein Jahr hinweg standen. Sie konnten mit beiden Variablen keinen Zusammenhang feststellen. In einer späteren Studie von Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons, und Kleber (2011), die dieselben UMF im Durchschnitt ein weiteres Jahr später erneut befragten, konnte gezeigt werden, dass die Länge der Schulausbildung von UMF in den Niederlanden mit einem geringeren Risiko an einer PTBS mit verzögertem Beginn zu erkranken, einher geht. Lediglich Montgomery (2008; 2010) erfasste neben der Schulausbildung ebenso die Berufstätigkeit bei BMF. Dabei stellte der Autor fest, dass BMF, die nach acht bis neun Jahren des Aufenthaltes in Dänemark weiterhin eine Schule besuchten oder berufstätig waren, eine Verbesserung externalisierender Verhaltensprobleme zeigten. Allerdings blieb unklar, ob tatsächlich der Schulbesuch oder die Berufstätigkeit einen Genesungsprozess begünstigen oder BMF länger in einer Schulausbildung blieben oder berufstätig waren, gerade weil sich ihr psychischer Gesundheitszustand über die Jahre hinweg verbesserte.

6 Langzeitentwicklung der psychischen Gesundheit

Die aktuelle Forschungslage deutet darauf hin, dass gerade in den ersten Jahren des Aufenthaltes im Exil die psychische Belastung junger Flüchtlinge unverändert hoch ausgeprägt bleibt – sowohl bei BMF (vgl. Almqvist & Broberg, 1999; Kinzie, Sack, Angell, Clarke, & Ben, 1989) als auch bei UMF (vgl. Bean et al., 2007; Vervliet, Lammertyn, Broekaert, & Derluyn, 2014). Erst ab sechs Jahren im Exil konnten Studien eine signifikante Veränderung der psychischen Gesundheit nachweisen: Nach sechs bis neun Jahren im Exil nehmen psychische Belastungen wie Depression (Sack et al., 1993) und internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten ab (Montgomery, 2010) und die allgemeine psychische Gesundheit steigt (Hjern & Angel, 2000). Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass die PTBS ohne Behandlung durch eine Trauma-zentrierte Therapie (vgl. Ruf et al., 2010b) auch noch nach bis zu 12 Jahren persistieren kann (Sack et al., 1993; Sack, Him, & Dickason, 1999) oder sogar Fälle von Personen mit verzögertem Beginn einer PTBS hinzukommen (Sack et al., 1999; Smid et al., 2011).

Die ersten Längsschnittstudien, die diese entgegengesetzte Entwicklung beobachteten, waren die Arbeiten der Forschergruppe um Kinzie und Sack (1989; 1993; 1999). Sie interviewten über 12 Jahre hinweg zu vier Erhebungszeitpunkten durchschnittlich 31 kambodschanische minderjährige Flüchtlinge, die dem Pol-Plot Regime entkamen und in den USA lebten. Nach sechs Jahren nahm die Häufigkeit der Major Depression in der untersuchten Stichprobe deutlich ab, während aber die Häufigkeit der PTBS sich auch noch nach 12 Jahren nicht signifikant änderte. Zwar erholte sich ein Teil der Jugendlichen von der PTBS, bei anderen wiederum setzte eine PTBS mit verzögertem Beginn ein. Zudem stellten die Autoren fest, dass die PTBS sowohl durch die früheren traumatischen Erfahrungen als auch durch Postmigrationsstressoren im Exil erklärt werden konnte. Die Depression der BMF stand hingegen ausschließlich mit Stressoren der Postmigration in Zusammenhang (Sack et al., 1993). Hjern und Angel (2000), die 49 BMF zwischen 2 und 15 Jahren und deren Eltern zur psychischen Gesundheit interviewten, fanden ebenfalls, dass nach sechs bis sieben Jahren in Schweden eine Verbesserung des allgemeinen psychischen Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen eintrat. Wichtige Prädiktoren für die Ausprägung des psychischen Wohlbefindens waren sowohl vergangene Erfahrungen von Gewalt im Herkunftsland, als auch aktuelle familiäre Stressoren im Exil. Demgegenüber fand zwar auch Montgomery (2010) bei 131 BMF zwischen 11 und 23 Jahren eine Verbesserung internalisierender und

externalisierender Verhaltensproblemen nach acht bis neun Jahren in Dänemark. Allerdings waren hier Postmigrationsstressoren von größerer Bedeutung für den Verlauf der psychischen Gesundheit als frühere traumatische Erfahrungen. Zu den Postmigrationsstressoren in Dänemark zählten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, eine geringe Anzahl an Freunden, häufiger Schulwechsel und in keiner Schulausbildung oder Berufstätigkeit zu sein (Montgomery, 2008).

Nur drei Studien untersuchten den Langzeitverlauf der psychischen Gesundheit bei UMF im Exil. Diese stellten in den ersten drei Jahren des Aufenthaltes im Exil einen chronischen Verlauf der psychischen Belastung bei UMF (Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014), mit einem hohen Risiko der Entwicklung einer verzögerten PTBS, fest (Smid et al., 2011).

Bean et al. (2007) untersuchten 582 UMF zwischen 10 und 21 Jahren in den Niederlanden. Sie fanden keine Veränderung der Symptomschwere der PTBS sowie internalisierender Verhaltensprobleme über durchschnittlich 12 Monate hinweg. Jedoch stellten sie eine Abnahme der externalisierenden Verhaltensprobleme fest. Die Autoren erhoben den psychischen Gesundheitszustand mittels der Selbstbeurteilungsfragebögen, *Reaction of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire (RATS)* und *Hopkings Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A)*. Prädiktoren, die den Verlauf der PTBS über die Zeit hinweg erklärten, waren die Symptomschwere der PTBS zur Ersterhebung, das Alter und die Gesamtanzahl traumatischer Ereignistypen. Die Entwicklung internalisierender und externalisierender Verhaltensprobleme wurde ebenfalls – jeweils durch die Symptomatik zur Ersterhebung, dem Alter und den gesamten traumatischen Erfahrungen – erklärt. Zusätzlich kamen das Geschlecht, die Länge des Aufenthaltes in den Niederlanden und das Leben in Erstaufnahmeeinrichtungen hinzu.

Nach durchschnittlich einem weiteren Jahr fanden Smid et al. (2011) bei der gleichen Stichprobe bei 88 der UMF (16%) eine PTBS mit verzögertem Beginn. Risikofaktoren für eine verzögerte PTBS waren das Alter, die Anzahl traumatischer Ereignistypen vor der Flucht, die Schulausbildungsjahre sowie die zuteil gewordene Unterstützung in den Niederlanden.

Gleichermaßen erhoben auch Vervliet et al. (2014) die Daten von 103 UMF zwischen 14 und 17 Jahren in Belgien mit Hilfe des RATS und des HSCL-37A. Sie befragten die UMF innerhalb von 18 Monaten drei Mal. Vergleichbar mit Bean et al. (2007) stellten auch Vervliet et al. (2014) keine signifikante Veränderung der psychischen Belastung in diesen

Zeitraum fest. Allerdings berücksichtigten sie in ihrer Studie keine externalisierenden Verhaltensprobleme. Zudem erhoben die Autoren aber auch tägliche Stressoren der Postmigrationssituation, mit dem hierfür eigens konstruierten Selbstbeurteilungsbogen, dem *Daily Stressors Scale for Young Refugees (DSSYR)*. Die Autoren stellten mit diesem Instrument eine Vielzahl täglicher Stressoren fest, die innerhalb der Postmigrationsphase von UMF gleich nach ihrer Ankunft berichtet wurden und mit steigender Aufenthaltsdauer sogar zunahmen. Die am häufigsten beschriebenen Belastungen der Postmigration waren: soziale Schwierigkeiten, unzureichende finanzielle und materielle Unterstützung, Diskriminierungserfahrungen, Schwierigkeiten mit dem Asylverfahren sowie das Leben in Unsicherheit über die Zukunft. Des Weiteren stellten sie fest, dass während die Symptomschwere der PTBS sowohl mit den früheren traumatischen Erfahrungen als auch mit den täglichen Stressoren der Postmigration in Zusammenhang stand, die Depressionssymptomatik der UMF ausschließlich durch die Postmigrationsstressoren erklärt werden konnte.

7 Zielsetzung der Studie

Bevor auf die Zielsetzung vorliegender Arbeit eingegangen wird, wird kurz der aktuelle Forschungsstand zusammengefasst.

Die Literaturrecherche ergab, dass bisher nur wenige Studien den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit von im Exil lebenden minderjährigen Flüchtlingen untersuchten. Methodisch betrachtet basierte der Großteil dieser Untersuchungen auf Elternbefragungen (vgl. Almqvist & Broberg, 1999; Hjern & Angel, 2000) oder Selbsteinschätzungen mittels Screening-Verfahren (vgl. Bean et al., 2007; Montgomery, 2008, 2010; Smid et al., 2011; Vervliet et al., 2014). Verlaufs- oder Längsschnittstudien auf Basis strukturierter klinischer Interviews, die dieser vorliegenden Arbeit zugrunde liegen, wurden nur mit BMF in den USA gefunden (vgl. Kinzie et al., 1989; Sack et al., 1993; Sack et al., 1999). Darüber hinaus untersuchten bisher nur drei Studien den Verlauf psychischer Gesundheit bei im Exil lebenden UMF (vgl. Bean et al., 2007; Smid et al., 2011; Vervliet et al., 2014).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, explorativ den Verlauf der psychischen Gesundheit – *PTBS*, *Depressivität* und *internalisierende* sowie *externalisierende Verhaltensprobleme* –, bei in Deutschland lebenden UMF über im Durchschnitt 18 Monate hinweg zu beobachten. Zudem soll erforscht werden, ob potenzielle Schutz- und Risikofaktoren, wie die *Anzahl traumatischer Ereignistypen*, *Schulbildung*, *Berufstätigkeit*, *Häufigkeit der Wohnungswechsel*, *Wohnsituation* und der *Aufenthaltsstatus* den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit beeinflussen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu dienen, Implikationen aufzuzeigen, die eine unterstützende und förderliche Versorgung von UMF in Deutschland ermöglichen. Für die Studie ergeben sich daher folgende Fragestellungen:

8 Fragestellungen und Hypothesen

Folgende Fragestellungen und Hypothesen leiten sich aus obigen theoretischen Überlegungen und bisherigen Forschungsergebnissen ab.

Fragestellung 1: Verändert sich die psychische Gesundheit bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland?

Hypothese 1. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändert sich die PTBS-Symptomschwere der UMF.

Hypothese 2. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändert sich die Symptomschwere der Depressivität der UMF.

Hypothesen 3 - 5. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändern sich sowohl die Symptomschwere der SDQ-Gesamtsymptomatik als auch die internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten der UMF.

Fragestellung 2: Beeinflussen traumatische Erfahrungen und die Postmigrationssituation in Deutschland den Verlauf der psychischen Gesundheit unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF)?

Wird vom Verlauf der psychischen Gesundheit gesprochen, bezieht sich das auf die langfristige Veränderung der Symptomschwere der PTBS, der Depressivität, der SDQ-Gesamtsymptomatik sowie internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2.

Hypothese 6. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und dem Verlauf der psychischen Gesundheit der UMF.

Hypothese 7. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Länge der Schulausbildung oder der Berufstätigkeit in Deutschland und dem Verlauf der psychischen Gesundheit der UMF.

- Hypothese 8.** Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Wohnungswechsel in Deutschland und dem Verlauf der psychischen Gesundheit der UMF.
- Hypothese 9.** UMF, die zumindest zu einem Erhebungszeitpunkt in einer Kinder- und Jugendeinrichtung untergebracht waren, unterscheiden sich im Verlauf ihrer psychischen Gesundheit von UMF, die nicht in einer Kinder- und Jugendeinrichtung untergebracht waren.
- Hypothese 10.** UMF mit einem sicheren Aufenthaltsstatus unterscheiden sich im Verlauf ihrer psychischen Gesundheit von UMF mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus.

9 Methodik

Im Abschnitt der Methodik wird die Rekrutierung der Stichprobe erklärt, das Untersuchungsdesign und die -durchführung beschrieben sowie die Erhebungsinstrumente und die statistische Analyse dargestellt.

9.1 Rekrutierung der Stichprobe

Mehr als 100 Einrichtungen und Vereine für Flüchtlinge und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) wurden während des Erstkontaktes mit einem Informationsschreiben und Projektflyern kontaktiert. Das Anschreiben richtete sich an unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF), also jene Kinder und Jugendliche, die ohne Eltern oder eine für sie zuständige Fürsorgeperson nach Deutschland eingereist waren. Unter den Kontakten befanden sich Gemeinschaftsunterkünfte, Clearingstellen, Landratsämter sowie Kinder- und Jugendeinrichtungen. Darüber hinaus wurden bereits bestehende Kontakte zu ehrenamtlichen Betreuern von Flüchtlingen für die Rekrutierung genutzt. Insgesamt hatten neun Einrichtungen für Flüchtlinge in Baden-Württemberg (ADGW Stuttgart, Exilo Lindau, Inobhutnahme Stockach u.a.) und eine Clearingstelle in Bielefeld (Clearingstelle KAP 10) Interesse an der Studienteilnahme. Mit deren Hilfe wurden 57 UMF aus 18 verschiedenen Einrichtungen für das Gesamtprojekt rekrutiert.

Einschlusskriterien für die Aufnahme der Probanden in die Studie waren: Minderjährigkeit bei der Einreise in die BRD und fehlende Begleitung der Jugendlichen durch eine für sie zuständigen Fürsorgeperson.

Für die zweite vorliegende Erhebung erhielten die bereits bestehenden Kontakte ein weiteres Informationsschreiben zur geplanten Untersuchung. Zusätzlich wurde versucht, auch einen telefonischen Kontakt herzustellen. Sofern Interesse an einer weiteren Studienteilnahme bestand, erhielten die UMF eine persönliche Einladung in das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie der Universität Konstanz.

9.2 Untersuchungsdesign und –durchführung

Die vorliegende Verlaufsstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten und einem quasi-experimentellen Design war Teil einer großangelegten Untersuchung zur psychischen Gesundheit und zu traumatischen Erlebnissen bei UMF in Deutschland, die am Kompetenzzentrum Psychotraumatologie von Müller et al. (2013) durchgeführt wurde. Das gesamte Forschungsprojekt wurde vom Europäischen Flüchtlingsfond (EFF) gefördert und durch das evangelische Studienwerk Villigst unterstützt.

Die Ersterhebung (T1) fand in einem Zeitraum von Mitte März 2011 bis Ende August 2012 statt. Von den damaligen 57 Probanden wurden 31 UMF (54.4%) am Kompetenzzentrum interviewt, bei den restlichen 26 Jugendlichen (45.6%) erfolgte die Befragung jeweils in den Räumlichkeiten der kooperierenden Einrichtungen in Baden-Württemberg und Bielefeld durch die Mitarbeiter des Kompetenzzentrums.

Die Zweiterhebung (T2), an der sich die Verfasserin dieser Arbeit beteiligte, wurde von Mitte März bis Mitte November 2013 durchgeführt. Zwischen den beiden Erhebungen lagen im Mittel 18.4 Monate ($SD = 4.37$), mit einer Streuung von 12 bis 29 Monate. Im Rahmen vorliegender Arbeit wurden 20 Probanden (35.1%), vorwiegend aus Baden-Württemberg für eine erneute Studienteilnahme gewonnen.

Aufgrund des Schulbesuchs der meisten Probanden zu T2 wurden die Untersuchungen jeweils in den Schulferien eingeplant. Die Studienteilnehmer wurden am Kompetenzzentrum Psychotraumatologie der Universität Konstanz mittels strukturierten und standardisierten Interviews von sechs langjährigen Mitarbeitern befragt. Zur Vermeidung von Verständnisschwierigkeiten aufgrund sprachlicher Hindernisse und kultureller Unterschiede, wurden alle Befragungen in Form eines klinischen Experteninterviews durchgeführt. Bei sechs Interviews war die Anwesenheit eines

Dolmetschers erforderlich, ansonsten erfolgten die Befragungen in deutscher oder englischer Sprache.

Vor Untersuchungsbeginn wurden alle Probanden über Ziel und Ablauf der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme, eventuelle Risiken, den Datenschutz sowie über die Verschwiegenheitspflicht aller anwesenden Personen informiert. Vor Erhebungsbeginn unterzeichneten alle Studienteilnehmer eine Einverständniserklärung. Bei noch minderjährigen Probanden wurde zusätzlich auch das Einverständnis des Vormundes eingeholt. Die Interviews nahmen zwischen zwei und drei Stunden in Anspruch. Zur Vermeidung einer übermäßigen Belastung, war bei zwei der Jugendlichen die Vereinbarung eines zweiten Untersuchungstermins notwendig. Die Studienteilnahme wurde mit einer Aufwandsentschädigung von 25€ vergütet. Zudem trug das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie etwaige Transportkosten und die Kosten der Übersetzung.

9.3 Erhebungsinstrumente

Das Untersuchungsset der vorliegenden Teilstudie setzt sich aus folgenden drei Verfahren zusammen, die zu beiden Erhebungszeitpunkten zum Einsatz kamen:

- 1) Stärken und Schwächen Fragebogen (SDQ)
- 2) UCLA Posttraumatic Stress Disorder Index für DSM-IV, Kinderversion (UPID)
- 3) Becks Depressions-Inventar-II (BDI-II)

Zusätzlich wurden soziodemographische Daten anhand eines eigens konstruierten Fragebogens erfasst (siehe Anhang A). Alle Verfahren lagen sowohl in deutscher, als auch in englischer Sprache vor. Im Anschluss werden, nach einer kurzen Darstellung des soziodemographischen Fragebogens, die deutschen Instrumente näher beschrieben. Eine Darstellung des gesamten Untersuchungssets für beide Erhebungszeitpunkte findet sich im Anhang A1.

9.3.1 Soziodemographischer Fragebogen

Der Fragebogen erfragte neben allgemeinen soziodemographischen Charakteristika, wie z. B. Alter, Geschlecht, etc., auch die aktuelle Lebenssituation der Probanden in

Deutschland. So wurden anhand des Fragebogens relevante Postmigrationsvariablen, wie Aufenthaltsstatus, Wohnsituation, Häufigkeit der Wohnungswechsel, Schulausbildung und Berufstätigkeit, erfasst.

9.3.2 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten wurden anhand des *Strength and Difficulties Questionnaire* (Goodman et al., 1998), in der deutschen Übersetzung (*SDQ-deutsch*), erhoben. Der SDQ wird bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 16 Jahren eingesetzt und fragt mittels 25 Items, die in fünf Skalen zu je fünf Items unterteilt werden, nach persönlichen Stärken und Schwächen. Diese fünf Skalen beschreiben *emotionale Probleme*, *Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen*, *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität* und *prosoziales Verhalten*. Die Symptome müssen innerhalb der letzten sechs Monate vorhanden gewesen sein und werden mittels einer 3-stufigen Likert-Skala („nicht-zutreffend“, „teilweise zutreffend“, „eindeutig zutreffend“) bewertet. Pro Skala kann ein Summenwert zwischen 0 und 10 Rohwertpunkten erreicht werden. Werden alle Skalen – unter Ausschluss der Skala prosoziales Verhalten – zusammengerechnet, ergibt sich die SDQ-Gesamtsymptomatik, die einen Wert von 0 bis 40 annehmen kann (Goodman et al., 1998). Des Weiteren lassen sich jeweils zwei Skalen in internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme zusammenfassen. Zu der Skala der *internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten* werden emotionale Probleme und Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen zugeteilt. Die Skala der *externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten* umfasst Verhaltensprobleme und Hyperaktivität. Das prosoziale Verhalten wird hier nicht berücksichtigt. Zudem sind alle Skalen sensitiv gegenüber Veränderungsmessungen (Goodman et al., 2010). Die interne Konsistenz des SDQs liegt zwischen einem Cronbach α von .61 und .82 für die Gesamtproblematik und die einzelnen Subskalen. Außerdem zeigt der SDQ eine gute Diskriminationsvalidität zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen (Goodman et al., 1998). Darüber hinaus ist die interne Konsistenz (Cronbach $\alpha = .72$), auch für die hier untersuchte Stichprobe, hoch ausgeprägt. Allerdings gibt es bisher keine Normierungen für Flüchtlingsgruppen und auch der angegebene Altersbereich des SDQ unterschreitet das Alter (17 – 22 Jahre) der hier untersuchten Stichprobe. Daher müssen die später berichteten Prävalenzraten mit Vorsicht betrachtet und interpretiert werden. Andererseits ist die spätere Hypothesenprüfung unabhängig von der Normierung.

9.3.3 UCLA Posttraumatic Stress Disorder Index für DSM-IV (UPID)

Die folgende Testbeschreibung orientiert sich an der Beschreibung der deutschen Kinderversion – UPID – von Ruf, Schauer und Elbert (2011). Die Eventliste des UPIDs erfasst 12 verschiedene *traumatische Ereignistypen* anhand von geschlossenen Ja-/Nein-Fragen. Zusätzlich besteht durch eine offene Option die Möglichkeit, weitere traumatische Erfahrungen zu nennen. Inwieweit das subjektive und objektive Kriterium für ein traumatisches Ereignis vorliegt, wird anhand 13 weiterer geschlossener Ja-/Nein-Fragen erfasst. Liegt ein traumatisches Ereignis vor, werden anhand von 18 Items die Symptome *Wiedererleben*, *Vermeidung* und *Übererregung* abgefragt, die auf einer 5-stufigen Ratingskala von 0 (*nie*) bis 4 (*täglich*) eingestuft werden und innerhalb des letzten Monats vorliegen müssen. Zusätzlich werden im UPID mittels zweier weiterer Items, die mit der PTBS assoziierten Begleitsymptome, Schuldgefühle und Angst vor Wiederholung des Traumas, erfragt. Am Ende des Fragebogens werden eventuelle *Funktionsbeeinträchtigungen* in wichtigen Alltagsbereichen durch acht Ja-/Nein-Fragen erhoben. Der UPID kann bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 18 Jahren eingesetzt werden. Die Diagnosestellung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfolgt nach DSM-IV Kriterien. Die *Symptomschwere der PTBS* errechnet sich durch die Aufsummierung der Summenwerte der 18 Items und kann einen maximalen Rohwert von 72 Punkten erreichen. Bisherige deutschsprachige Studien berichteten eine interne Konsistenz von einem Cronbach α von .88 (Ruf et al., 2011), in der englischen Originalversion lag das Cronbach α bei .90 und die Test-Retest-Reliabilität lag zwischen $r_{tt} = .84$ und $r_{tt} = .94$ (Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004). Dementsprechend wurde auch in dieser Studie eine hohe interne Konsistenz festgestellt (Cronbach $\alpha = .94$). Aufgrund der Konstruktion des UPIDs nach DSM-IV Kriterien wird von der Inhaltsvalidität des Verfahrens ausgegangen. Darüber hinaus sind Angaben zur faktoriellen Validität, zu Korrelationen mit anderen Instrumenten und Normwerten für deutschsprachige Stichproben noch ausstehend (Ruf et al., 2011). Um eine Verlaufsmessung der PTBS-Symptomschwere zu ermöglichen, wurde der UPID trotz der Altersgrenze von 18 Jahren für die Zweiterhebung eingesetzt.

9.3.4 Becks Depressions-Inventar-II (BDI-II)

Das Becks Depressions-Inventar-II (BDI-II) wird nach der deutschen Fassung von Hautzinger, Keller und Kühner (2011) beschrieben. Mit dem BDI-II werden depressive Symptome und deren Schweregrad anhand von 21 Items erfragt, die auf einer 4-stufigen Ratingskala von 0 (*gar nicht*) bis 3 (*stark*) beurteilt werden können, erfragt. Das BDI-II wurde in Übereinstimmung zu den DSM-IV-Kriterien entwickelt, eignet sich aber nicht für die klinische Diagnosestellung. Das Verfahren liegt in mehreren Sprachen vor und kann bei Personen zwischen 13 und 80 Jahren eingesetzt werden. Werden die einzelnen Symptome addiert, kann ein maximaler Belastungswert bis zu 63 Rohwertpunkten erreicht werden. Eine klinisch bedeutsame Depressionssymptomatik ist ab einem Cut-off Wert von 17 Rohwertpunkten feststellbar. Das BDI-II weist eine sehr gute Reliabilität und Validität auf. Die interne Konsistenz der deutschen Version liegt bei psychiatrischen Stichproben im Bereich von $.89 \leq \alpha \leq .94$ und bei nicht-klinischen Stichproben im Bereich von $.84 \leq \alpha \leq .91$. Die Inhaltsvalidität ist aufgrund der Orientierung an DSM-IV-Kriterien gegeben. Des Weiteren zeigt sich eine gute Konvergenzvalidität sowie Diskriminierungsvalidität zwischen klinischen und nicht-klinischen Populationen (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). Die interne Konsistenz bei der hier untersuchten Stichprobe lag bei einem Cronbach α von $.91$. Zudem ist das BDI-II ein veränderungssensitives Verfahren. Nach Hiroe et al. (2005) wird eine signifikante Veränderung der Symptomatik bereits ab fünf Rohwertpunkten gemessen (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Klinisch relevante Veränderung der Depressivität in Rohwertpunkte

Größe der Veränderung	Rohwertpunkte
minimal	5 – 9
moderat	10 – 19
groß	20 <

Anmerkung. Tabelle beruht auf Veränderungsmessungen von Hiroe et al. (2005)

9.4 Statistische Analysen

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Softwareprogramm *IBM SPSS Version 21*. Für die Analyse der Hypothesen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ festgelegt. Im Folgenden werden die zum Einsatz kommenden Verfahren in Anlehnung an Bortz und Lienert (2003) sowie Field (2009) beschrieben.

Die Überprüfung der Normalverteilung (NV) der Daten erfolgte mit dem Shapiro-Wilk Test, der gerade bei kleinen Stichproben ($n < 50$) eine hohe Teststärke aufweist (Bortz & Lienert, 2003). Die Homogenität der Varianzen wurde anhand von Leven-Tests geprüft. Waren die Voraussetzungen gegeben, kamen parametrische Verfahren zum Einsatz, andernfalls wurden parameterfreie Verfahren verwendet.

Die für die Hypothesenprüfung relevanten Variablen wurden anhand von Mittelwerten (M), Standardabweichungen (SD) sowie absoluten und relativen Häufigkeiten deskriptiv beschrieben. Tabellen, Torten- und Balkendiagramme dienen der Veranschaulichung der deskriptiven Beschreibung.

9.4.1 Überprüfung von Stichprobenunterschieden

Potentielle Stichprobenunterschiede zwischen Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern hinsichtlich, ihrer Soziodemographie – *Alter, Bildungsjahre im Heimatland, Zeit in Deutschland* – zu T1, wurden anhand von U-Tests nach Mann-Whitney überprüft. Dies erfolgte aufgrund von Voraussetzungsverletzungen, wie fehlender NV und Homogenität der Varianzen, für einen t-Test. Unterschiede hinsichtlich des *Geschlechts* wurden mit dem exaktem Chi²-Test nach Fisher ermittelt, da zwei Zellen eine erwartete Häufigkeit < 5 hatten (Bortz & Lienert, 2003). Mögliche Stichprobenunterschiede in der Ausprägung der psychischen Belastung wurden bei Voraussetzungserfüllung durch t-Tests ermittelt, ansonsten kamen auch hier die verteilungsfreien U-Tests zum Einsatz.

9.4.2 Hypothesenprüfung

Eventuelle Veränderungen in der Symptomausprägung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2 wurden durch t-Tests für abhängige Stichproben überprüft, sofern die NV der Daten gegeben war, ansonsten wurde die parameterfreie Entsprechung der Vorzeichenrangtests von Wilcoxon durchgeführt.

Eine geplante ANOVA mit Messwiederholung, mit der Interaktionseffekte zwischen unabhängigen Variablen - *Wohnsituation* und *Aufenthaltsstatus* – und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit gemessen werden sollte, konnte aufgrund der Nichterfüllung statistischer Voraussetzungen, wie NV und Homogenität der Varianzen, nicht durchgeführt werden. Aus diesem Grund wurden sogenannte *Veränderungssummenwerte* gebildet. Dies geschah durch die Subtraktion der Symptomsummenwerte der psychischen Gesundheit (PTBS, Depressivität und internalisierender sowie externalisierender Verhaltensprobleme) zu beiden Erhebungszeitpunkten. Mit diesem Vorgehen werden nach Bortz und Lienert (2003) parameterfreie Berechnungen möglich. Alle weiteren angeführten Verfahren basieren auf Berechnungen mittels der Veränderungssummenwerte.

Bei *zwei Gruppen* wurden Mann-Whitney-U-Tests für Paardifferenzen gerechnet (Buck, 1975; zit. nach Bortz & Lienert, 2003).

Bei *mehr als zwei Gruppen* kam der H-Test nach Kruskal und Wallis zum Einsatz. Somit war es möglich, eventuelle Unterschiede in der durchschnittlichen Veränderungsrate zwischen Gruppen zu ermitteln.

Mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen – *Anzahl traumatischer Ereignistypen, Länge der Schulausbildung, Berufstätigkeit, Häufigkeit der Wohnungswechsel in Deutschland* – und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit wurden ebenfalls basierend auf den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit untersucht. Bei intervallskalierten Daten sowie gegebener NV kamen Pearson-Korrelationen und bei Rangdaten kam die Spearman-Korrelation zum Einsatz. Bei dichotomen Variablen wurde eine punktbiseriale Korrelation nach Pearson durchgeführt.

10 Ergebnisse

Zunächst wird die Stichprobe beschrieben. Nach der deskriptiven Beschreibung der Studienteilnehmer zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2), werden diese mit den Nicht-Teilnehmern in ihrer Soziodemographie und psychischen Gesundheit zum Ersterhebungszeitpunkt (T1) verglichen. Mit der Bezeichnung *Nicht-Teilnehmer* sind alle Personen gemeint, die bis zum Abschluss der Erhebung nicht interviewt werden konnten. Anschließend werden für die Hypothesenprüfung relevante Variablen deskriptiv beschrieben und die Hypothesen geprüft.

10.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen vorliegender Arbeit wurden 20 Probanden (35.1%) von der ursprünglichen Gesamtstichprobe ($N = 57$) für eine erneute Studienteilnahme gewonnen. Davon war bei einem Probanden der Datensatz unvollständig, da er einen zweiten vereinbarten Untersuchungstermin nicht mehr wahrnahm. Insgesamt nahmen somit 37 Probanden (64.9%) der Ersterhebung nicht an der zweiten Erhebung teil. Die Mehrzahl der Nicht-Teilnehmer ($n = 16$, 43.2%) wurde nicht mehr erreicht und ihr Verbleib blieb ungeklärt. Von weiteren sieben Probanden (18.9%) konnte bis zum Erhebungsende keine Rückmeldung eingeholt werden. Ferner waren sechs Probanden (15.2%) in der Zwischenzeit weggezogen, was die Organisation eines Treffens in diesem Zeitraum unmöglich machte. Nur fünf der Jugendlichen (13.5%) gaben an kein Interesse an einem weiteren Interview zu haben. Drei Probanden (8.1%) wurden bis zum Erhebungsabschluss nicht kontaktiert, da auch hier aufgrund der räumlichen Entfernung kein Interview im Zeitraum der Erhebung organisiert werden konnte. Eine Übersicht über die Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer kann der Abbildung 2 entnommen werden.

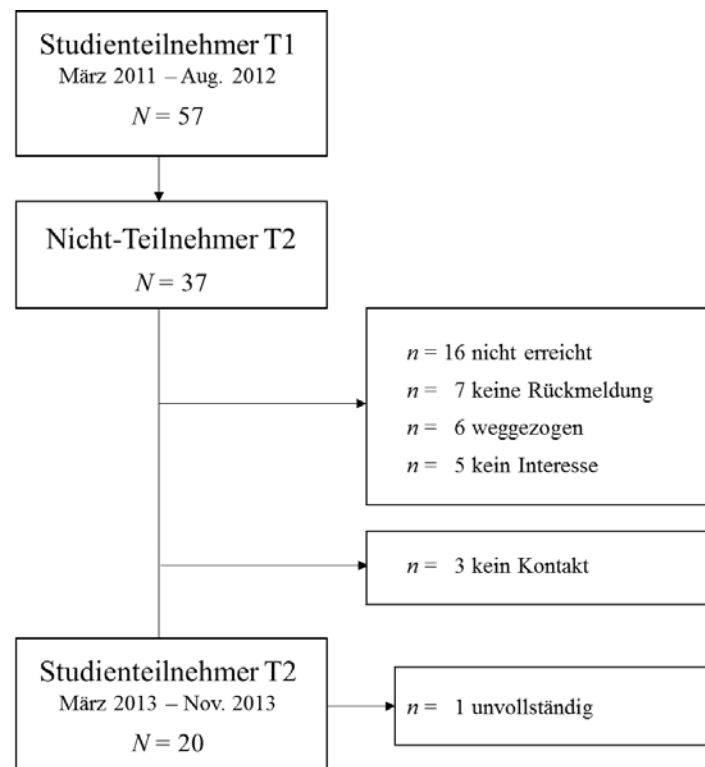


Abbildung 2. Absolute Häufigkeiten der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer

Die Studienteilnehmer waren vorwiegend männlich ($n = 19$), mit nur einer partizipierenden Frau. Die Probanden lebten zu T2 zwischen 15 und 52 Monate ($M = 30.3$, $SD = 9.8$) in Deutschland und waren zwischen 17 und 22 Jahren alt ($M = 18.9$, $SD = 1.07$). Die Jugendlichen stammten aus acht verschiedenen Herkunftsländern. Hauptherkunftsland war Afghanistan, aus dem acht Probanden (40%) stammten, gefolgt von dem Irak, Syrien, Gambia, Somalia und Sierra Leone, aus denen jeweils zwei Probanden kamen. Jeweils ein Jugendlicher floh aus der Türkei bzw. aus Nigeria. Die Studienteilnehmer besuchten im Durchschnitt sechs Jahre lang ($SD = 2.48$) eine Schule in ihrem Heimatland. Die Schulzeit erstreckte sich von gar keinem bis hin zu neun Jahren Schulbesuch.

10.2 Vergleich der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer zu T1

Im Vorfeld wurden eventuelle Unterschiede zwischen den Studienteilnehmern und den Nicht-Teilnehmern in ihrer Soziodemographie und psychischen Gesundheit überprüft. Die Ergebnisse dieses Vergleichs finden sich in den folgenden Abschnitten.

10.2.1 Vergleich der Soziodemographie

Mögliche Stichprobenunterschiede hinsichtlich wesentlicher soziodemographischer Daten wurden, aufgrund der Nichterfüllung statistischer Voraussetzungen (z. B. Normalverteilung) anhand von U-Tests nach Mann-Whitney überprüft. Ein eventueller Unterschied hinsichtlich des Geschlechts wurde mit einem exaktem Chi²-Test nach Fisher getestet, da zwei Zellen eine erwartete Häufigkeit < 5 hatten (Bortz & Lienert, 2003). Die Analysen zeigten hinsichtlich des Alters ($z = 0.472$, $p = .637$), der verbrachten Zeit in Deutschland ($z = -0.494$, $p = .622$), der Schulausbildungsdauer im Heimatland ($z = -0.555$, $p = .579$) und dem Geschlecht ($\chi^2 (1, N = 57) = 0.192$, $p = .561$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben (s. Tabelle 3).

Tabelle 3

Soziodemographie der Nicht-Teilnehmer (N = 37) und Studienteilnehmer (N = 20) zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Soziodemographie	Nicht- Teilnehmer T1	Studien- teilnehmer T1	Studien- teilnehmer T2
Alter [Jahre]			
<i>M (SD)</i>	17.30 (1.59)	17.40 (0.94)	18.90 (1.07)
<i>Min – Max</i>	13 – 21	16 – 20	17 – 22
Zeit in D. [Monate]			
<i>M (SD)</i>	17.12 (24.67)	12.33 (7.59)	30.68 (9.81)
<i>Min – Max</i>	3 – 132	1 – 29	15 – 52
Bildung in H. [Jahre]			
<i>M (SD)</i>	5.01 (4.02)	5.63 (2.48)	
<i>Min – Max</i>	0 – 14	0 – 9	
Geschlecht^a n (%)			
Männlich	34 (92)	19 (95)	
Weiblich	3 (8)	1 (5)	

Anmerkung. **Min** = Minimum, **Max** = Maximum; **D.** = Deutschland; **H.** = Heimat

^a 2 Zellen (50%) haben eine erwartete Häufigkeit < 5, daher wurde ein exakter Chi²-Test nach Fisher durchgeführt

10.2.2 Vergleich der psychischen Gesundheit

Eventuelle Stichprobenunterschiede im Schweregrad der psychischen Belastung zwischen Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern wurden größtenteils mit verteilungsfreien U-Tests überprüft. Aufgrund der Normalverteilung der Daten sowie gegebener Homogenität der Varianzen in der Skala *internalisierende Verhaltensprobleme* wurde an dieser Stelle ein t-Test durchgeführt.

Auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit war kein signifikanter Stichprobenunterschied feststellbar. Weder in der Symptomschwere der PTBS ($z = -1.678$, $p = .093$) noch der Depressivität ($z = -0.771$, $p = .441$) oder der SDQ-Gesamtsymptomatik ($z = -0.594$, $p = .552$) mit den Skalen internalisierende ($t(55) = -1.144$, $p = .258$) und externalisierende ($z = -0.025$, $p = .980$) Verhaltensauffälligkeiten zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben. Die Symptomschwere der psychischen Belastung für die Nicht-Teilnehmer und Studienteilnehmer zur Ersterhebung wird in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4

Symptomschwere der Nicht-Teilnehmer und Studienteilnehmer zur Ersterhebung

Symptomatik	Nicht-Teilnehmer				Studienteilnehmer			
	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min – Max</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min – Max</i>	<i>M</i>
PTBS	36	12.5	0 – 57	17.33	20	21.0	5 – 49	23.20
Depressivität	33	15.0	0 – 43	16.27	19	17.0	3 – 46	18.60
SDQgesamt	37	14.0	3 – 28	14.93	20	17.0	3 – 31	16.15
SDQinternal	37	9.0	2 – 18	9.02	20	4.5	2 – 18	10.30
SDQexternal	37	5.0	1 – 15	5.89	20	5.5	0 – 13	5.85

Anmerkung. **Min** = Minimum, **Max** = Maximum der Symptomschwere; **SDQgesamt** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQinternal** = Skala internalisierende Probleme; **SDQexternal** = Skala externalisierende Probleme

Abschließend unterschieden sich die Studienteilnehmer weder in ihrer Soziodemographie noch in ihrer psychischen Gesundheit signifikant von den Nicht-Teilnehmern.

10.3 Deskriptive Beschreibung der Variablen zur Hypothesenprüfung

Folgende Abschnitte beschreiben die psychische Gesundheit, die erlebten traumatischen Erfahrungen und die Postmigrationssituation der Studienteilnehmer zu beiden Erhebungszeitpunkten deskriptiv. Prozentuale Angaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von $N = 20$, mit Ausnahme aller Angaben zur Depressivität bei denen nur 19 Probanden berücksichtigt werden konnten (s. Abschnitt 10.1).

10.3.1 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit wird sowohl anhand absoluter und relativer Häufigkeiten als auch durch Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie der geringsten (Min) und der höchsten Symptomschwere (Max) zu beiden Erhebungszeitpunkten beschrieben.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Mit dem *UCLA PTBS Index für DSM-IV – UPID*, deutsche Kinderversion (UPID; Ruf et al., 2011) war es möglich eine eventuell vorhandene PTBS nach DSM-IV Kriterien zu diagnostizieren. Anhand des UPIDs wurde zu T1 bei 11 (55%) und zu T2 bei acht Studienteilnehmer (40%) eine PTBS diagnostiziert. Somit zeigten drei der Jugendlichen (15%) eine Erholung von der PTBS zu T2. Bei einer möglichen Höchstsymptombelastung in der *Symptomliste des UPIDs* von 72 Rohwertpunkten, berichteten die Studienteilnehmer zu T1 eine mittlere Symptombelastung von 23.2 ($SD = 16.39$, $Min = 5$, $Max = 49$). Zu T2 war die PTBS-Symptomschwere mit einem M von 19.3 ($SD = 16.39$, $Min = 0$, $Max = 64$) etwas niedriger ausgeprägt.

Depressivität. Die Depressivität der Studienteilnehmer wurde mit dem *Becks Depressions-Inventar-II* (BDI-II; Hautzinger et al., 2006) erfragt. Zu T1 berichteten 12 Probanden (63.2%) eine klinisch relevante Depressionssymptomatik. Zu T2 taten dies immer noch 10 Probanden (52.6%). Die durchschnittliche Symptomschwere der Depressivität lag zu T1 bei 19.37 ($SD = 11.99$, $Min = 3$, $Max = 46$), die zu T2 bei 18.58 ($SD = 12.92$, $Min = 0$, $Max = 41$). Die maximal zu erreichende Symptombelastung belief sich auf 63 Rohwertpunkten. Bei einer genauen Analyse der einzelnen Probanden ließ sich, nach den Richtwerten von Hiroe et al. (2005) (s. Abschnitt 9.3.4), bei neun der Jugendlichen (47.4%) eine minimale bis große Verbesserung der Depressivität feststellen. Sieben Probanden (36.8%) berichteten von einer minimalen bis moderaten

Verschlechterung und drei Probanden (15.8%) zeigten keine relevante Veränderung der Symptomschwere der Depressivität zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten.

Internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Mit dem *Stärken und Schwächen Fragebogen* (SDQ-deu; Goodman et al., 1998) wurden internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme erhoben. Zu T1 berichteten noch 13 Studienteilnehmer (65%) ein grenzwertiges bis auffälliges Verhalten in der SDQ-Gesamtsymptomatik, hingegen taten dies zu T2 nur noch neun Probanden (45%). Die Häufigkeiten internalisierender und externalisierender Verhaltensprobleme zu beiden Erhebungszeitpunkten können der Tabelle 5 entnommen werden. Die höchst mögliche Symptombelastung im SDQ liegt bei 40 Rohwertpunkten. Die Studienteilnehmer berichteten zu T1 eine mittlere SDQ-Gesamtsymptomatik von 16.15 ($SD = 7.82$, $Min = 3$, $Max = 31$). Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten lagen im Mittel bei 10.3 ($SD = 4.23$, $Min = 2$, $Max = 18$) und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei 8.85 ($SD = 4.08$, $Min = 0$, $Max = 15$). Demgegenüber waren zu T2 durchschnittlich nur leicht niedrigere Symptombelastungen feststellbar, sowohl hinsichtlich internalisierender ($M = 9.20$, $SD = 3.14$, $Min = 5$, $Max = 16$) als auch externalisierender ($M = 6.05$, $SD = 4.09$, $Min = 0$, $Max = 14$) Verhaltensauffälligkeiten und somit auch in der SDQ-Gesamtsymptomatik ($M = 15.2$, $SD = 6.70$, $Min = 5$, $Max = 30$).

Tabelle 5

Prävalenzraten der SDQ-Skalen zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

	T1		T2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Symptomatik				
SDQ-Gesamtsymptomatik	13	65	9	45
Internalisierende Probleme				
Emotionale Probleme	11	55	10	50
Probleme mit Gleichaltrigen	11	55	7	35
Externalisierende Probleme				
Verhaltensprobleme	5	25	3	15
Hyperaktivität	6	30	7	35

Anmerkung. Absolute und relative Häufigkeiten beruhen auf grenzwertigem und auffälligem Verhalten nach der Kategorisierung von Goodman et al. (1998)

10.3.2 Traumatische Erfahrungen

Mit Hilfe der *Eventliste des UCLA Posttraumatic Stress Disorder Index für DSM-IV - UPID* (UPID; Ruf et al., 2011) wurden zu T1 im Mittel 6.5 ($SD = 2.31$, $Min = 2$, $Max = 11$) unterschiedliche traumatische Ereignisse erfasst. Insgesamt konnten 13 unterschiedliche traumatische Ereignisse angegeben werden. Zu T2 berichteten die Jugendlichen im Mittel 7.6 ($SD = 2.06$, $Min = 4$, $Max = 11$) verschiedene Traumata. Davon wurden im Durchschnitt 0.5 Ereignisse ($SD = 0.9$, $Min = 0$, $Max = 3$) seit dem letzten Interview in Deutschland erlebt. Die Häufigkeitsverteilung verschiedener Traumata wird in Abbildung 3 dargestellt.

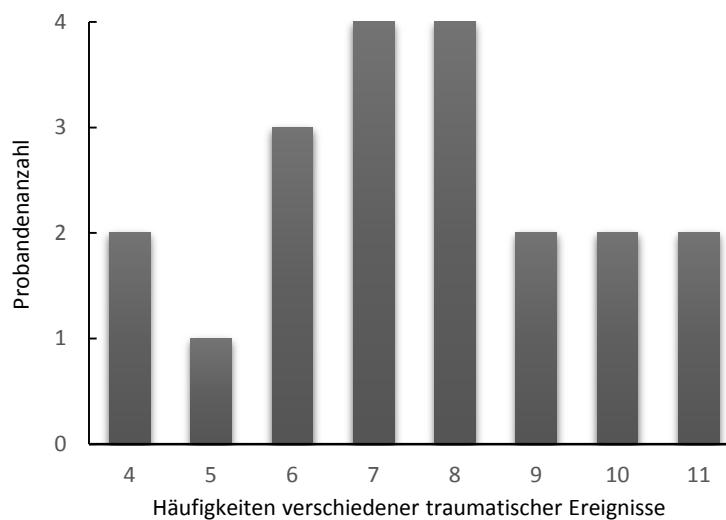


Abbildung 3. Verteilung der Häufigkeiten verschiedener traumatischer Ereignisse zu T2

Zu den am häufigsten berichteten traumatischen Ereignissen gehören: „sehen, wie jemand in der Stadt zusammengeschlagen, angeschossen oder ermordet wurde“ ($n = 19$, 95%), „vom gewaltsamen Tod oder einer ernsthaften Verletzung einer geliebten Person hören“ ($n = 18$, 90%) und „in der Stadt zusammengeschlagen, angeschossen oder bedroht zu werden, sodass man selber sehr schwer verletzt wurde“ ($n = 17$, 85%). Darüber hinaus gaben jeweils 15 Probanden (75%) an, einen „schlimmen Unfall“ erlebt zu haben, „an einem Ort gewesen zu sein, an dem Kriegshandlungen stattfanden“ sowie „einen toten Körper in der Stadt gesehen zu haben“. Eine Auflistung aller berichteten traumatischen Ereignisse ist in der Tabelle 6 zu finden.

Tabelle 6

Absolute und relative Häufigkeiten traumatischer Ereignisse

Traumatische Ereignisse	jemals		seit letztem Interview	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Erdbeben	4	20	-	-
andere Katastrophen z. B. Feuer, Überflutung	8	40	1	5
schlimmer Unfall z. B. Autounfall	15	75	2	10
an einem Ort sein, an dem Kriegshandlungen stattfinden	15	75	-	-
zu Hause sehr fest geschlagen, gestoßen oder getreten werden	10	50	1	5
sehen, wie ein Familienmitglied zu Hause sehr fest geschlagen, gestoßen oder getreten wird	9	45	-	-
in der Stadt zusammengeschlagen, angeschossen oder bedroht werden, so dass die Person sehr schwer verletzt wird	17	85	-	-
sehen, wie jemand in der Stadt zusammengeschlagen, angeschossen oder ermordet wird	19	95	2	10
einen toten Körper in der Stadt sehen	15	75	-	-
von einem Erwachsenen oder jemandem, der sehr viel älter ist, an intimen Körperstellen berührt werden, ohne der Zustimmung der Person	3	15	1	5
vom gewaltsamen Tod oder einer ernsthaften Verletzung einer geliebten Person hören	18	90	1	5
eine schmerzvolle und furchterregende medizinische Behandlung	3	15	2	10
sonstiges	15	75	-	-

10.3.3 Postmigrationssituation

Die Postmigrationssituation wird anhand absoluter und relativer Häufigkeiten sowie Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD) beschrieben. Zur Veranschaulichung dienen Balken- und Tortendiagramme.

Schulbildung und Berufstätigkeit in Deutschland. Zu T2 besuchten 16 Studienteilnehmer (80%) eine formale Schulausbildung in Deutschland. Davon waren 10 der Jugendlichen (50%) in einer *Berufsschule* oder einem *Berufskolleg*, vier (20%) gingen in die *Hauptschule* und zwei (10%) belegten einen *Berufsvorbereitungskurs*. Sieben Probanden (35%) besaßen bereits einen deutschen Schulabschluss.

Weitere acht Probanden (40%) waren *berufstätig*, fünf Jugendliche davon besuchten auch gleichzeitig die Schule (Berufs- oder Hauptschule). Lediglich ein Jugendlicher (5%) ging weder zur Schule noch war er berufstätig (s. auch Abbildung 4). Die Studienteilnehmer erhielten zwischen 1 und 36 Monaten ($M = 18.0$, $SD = 10.41$) eine formale Schulausbildung in Deutschland.

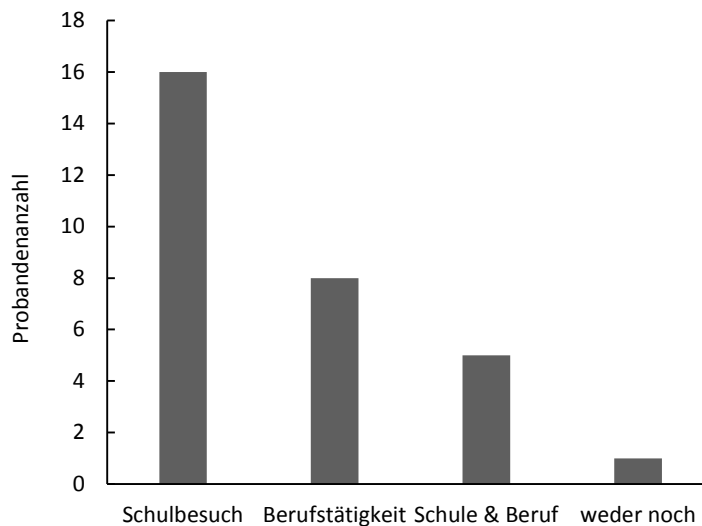


Abbildung 4. Formale Beschäftigung zu T2

Häufigkeit der Wohnungswechsel. Seit der Ankunft in Deutschland hatten die Jugendlichen zwischen einem und fünf ($M = 2.5$, $SD = 1.14$) Wohnungswechsel erlebt. Die Häufigkeitsverteilung der Wohnungswechsel wird in der Abbildung 5 graphisch dargestellt.

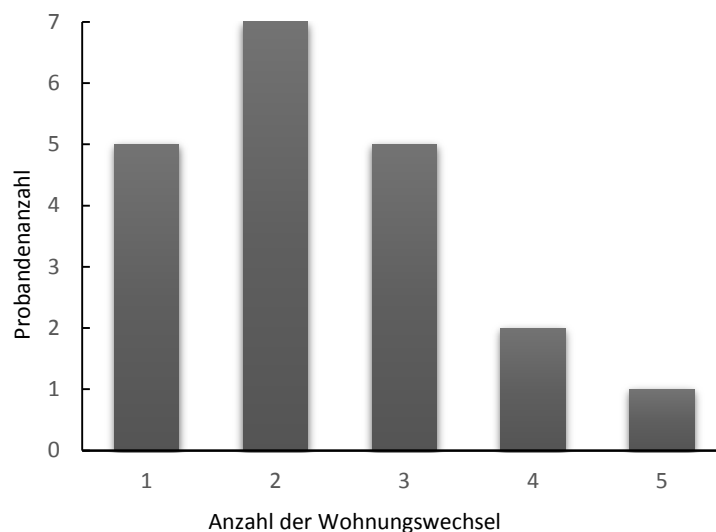


Abbildung 5. Häufigkeiten der Wohnungswechsel bis zu T2

Wohnsituation. Eine graphische Darstellung der Wohnsituation zu beiden Erhebungszeitpunkten ist in der Abbildung 6 ersichtlich. Acht Probanden (40%) waren zu beiden Erhebungszeitpunkten in einer Kinder- und Jugendeinrichtung (KuJ) untergebracht, dazu gehören das *Kinderheim* und die *betreute Wohngruppe*. Sieben Probanden (35%) wohnten zwar zu T1 in einer KuJ, lebten aber zu T2 selbstständig in *Untermiete*. Vier der Studienteilnehmer (20%) wurden weder zu T1 noch zu T2 durch eine KuJ versorgt. Davon waren drei in einer *Erstaufnahmeeinrichtung* untergebracht und einer lebte bei *Verwandten*. Ein weiterer Jugendlicher befand sich zu T1 noch in der Clearingphase und lebte somit in einer *Clearingstelle*. Dieser berichtete zu T2 ebenfalls, in einer Erstaufnahmeeinrichtung zu wohnen. Da der Jugendliche nur einen Wohnungswechsel hatte, wurde er der dritten Gruppe zugeordnet (siehe Gruppenbildung).

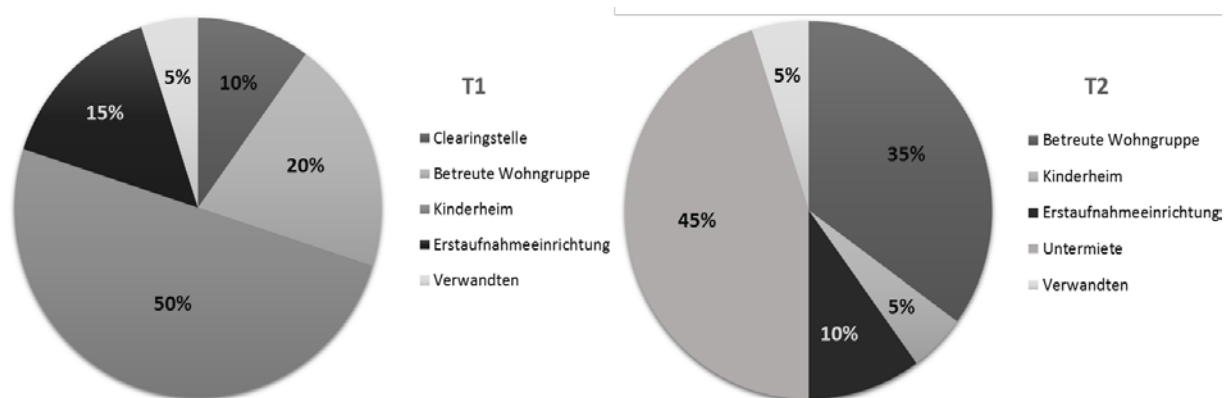


Abbildung 6. Wohnsituation zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Folgende drei Gruppen konnten für die spätere Hypothesenprüfung gebildet werden:

- *Gruppe 1:* Jene Probanden, die zu beiden Erhebungszeitpunkten in einer Kinder- und Jugendeinrichtung (KuJ) lebten ($n = 8$, 40%).
- *Gruppe 2:* Jene Probanden, die zu T1 in einer KuJ wohnten, aber zu T2 selbstständig lebten ($n = 7$, 35%).
- *Gruppe 3:* Jene Probanden, die zu beiden Erhebungszeitpunkten nicht in einer KuJ lebten ($n = 5$, 25%).

Aufenthaltsstatus. Der Aufenthaltsstatus zu beiden Erhebungszeitpunkten wird in Abbildung 7 dargestellt. Die aufenthaltsrechtliche Situation war zu T1 bei allen Studienteilnehmern noch nicht geklärt. Mehr als die Hälfte der Probanden ($n = 11$, 55%) befanden sich zu T1 im *Erstverfahren*, fünf (25%) waren bereits im *Folgeverfahren* und vier der Jugendlichen (20%) hatten noch *keinen Asylantrag* gestellt, davon drei aufgrund ihrer Minderjährigkeit und einer aufgrund der bestehenden Clearingphase. Zu T2 lebten weiterhin über die Hälfte der Jugendlichen ($n = 13$, 65%) in Unsicherheit über ihr Aufenthaltsrecht. Davon waren neun Probanden im *Erstverfahren* und zwei der Jugendlichen befanden sich im *Folgeverfahren*. Ein Proband besaß eine *Duldung* und ein Weiterer hatte aufgrund der Minderjährigkeit noch *keinen Asylantrag* gestellt. Somit hatten sieben Probanden (35%) zu T2 eine *Aufenthaltsgenehmigung*.

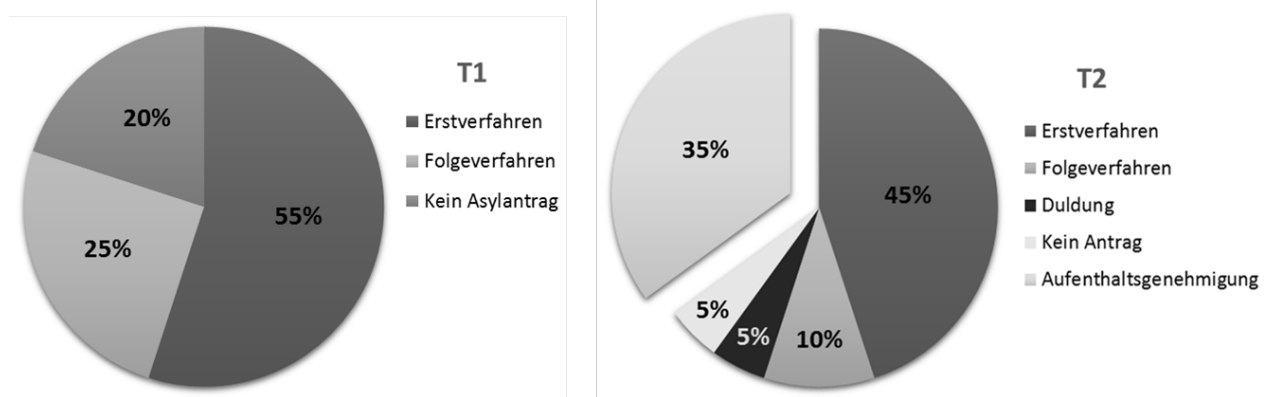


Abbildung 7. Aufenthaltsstatus zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Somit konnten zwei Gruppen für die spätere Hypothesenprüfung gebildet werden:

- *Gruppe 1:* Jene Probanden, die zu beiden Erhebungszeitpunkten in Unsicherheit über ihr Aufenthaltsrecht lebten ($n = 13$, 65%).
- *Gruppe 2:* Jene Probanden, die zu T1 in Unsicherheit lebten, aber zu T2 eine Aufenthaltsgenehmigung besaßen ($n = 7$, 35%).

10.4 Überprüfung der Hypothesen

Die nächsten Abschnitte behandeln die Ergebnisse der interferenzstatistischen Hypothesenprüfung. Für die Analyse der Hypothesen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ festgelegt. Kalkulationen beruhen auf 20 Probanden, mit Ausnahme aller Berechnungen zur Depressivität, bei der nur 19 Probanden berücksichtigt werden konnten (siehe Abschnitt 10.1).

10.4.1 Verlauf der psychischen Gesundheit

Die erste Fragestellung bezog sich auf die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2. Im Genaueren sollte eine potentielle Veränderung der Symptomschwere der PTBS, Depressivität, SDQ-Gesamtsymptomatik sowie der internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ermittelt werden. Um die Fragestellung beantworten zu können, wurden, solange Normalverteilung (NV) der Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten gegeben war, t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt, andernfalls erfolgten die Berechnungen mittels des verteilungsfreien Wilcoxon Vorzeichenrangtests für abhängige Stichproben.

Hypothese 1: *Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändert sich die PTBS-Symptomschwere (UPID)*

Die Probanden zeigten zwar zu T1 ($Mdn = 21$) eine höhere PTBS-Symptomschwere als zu T2 ($Mdn = 13$), jedoch war kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten nachweisbar ($Z = -1.18, p = .239$).

Hypothese 2: *Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändert sich die Symptomschwere der Depressivität (BDI-II)*

Auch die Symptomschwere der Depressivität veränderte sich nicht signifikant zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 ($M = 19.4, SD = 11.9$) und T2 ($M = 18.5, SD = 12.9$) ($t(18) = 0.283, p = .780$).

Hypothesen 3-5: *Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändert sich die Symptomschwere der SDQ-Gesamtsymptomatik sowie internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)*

Die Prüfung der Hypothesen ergab, dass sich weder die Symptomschwere der SDQ-Gesamtsymptomatik (T1: $Mdn = 17$; T2: $Mdn = 15$; $Z = -0.759$, $p = .448$), noch jene der internalisierenden (T1: $Mdn = 10.5$; T2: $Mdn = 8.5$; $Z = -1.398$, $p = .162$) oder externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (T1: $M = 8.9$, $SD = 4.08$; T2: $M = 6.1$, $SD = 4.09$; $t(19) = 0.254$, $p = .802$) signifikant zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2 unterschied.

10.4.2 Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf den Verlauf der psychischen Gesundheit

Mittels der Hypothesen der Fragestellung 2 sollte ein potentieller Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf den Verlauf der psychischen Gesundheit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2 untersucht werden. Hierfür war die Bildung von sogenannten Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit notwendig (siehe Abschnitt 9.4.4). Der Veränderungssummenwert wurde durch die Subtraktion der Symptomsummenwerte der psychischen Gesundheit zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 berechnet. Eine Übersicht über alle in diesem Abschnitt berichteten Korrelationen ist zusätzlich in der Tabelle 12 am Ende dieses Abschnittes zu finden.

Hypothese 6: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und dem Verlauf der psychischen Gesundheit*

Um zu untersuchen ob die Anzahl traumatischer Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Verlauf der psychischen Gesundheit stehen, wurden aufgrund gegebener Voraussetzungen (Normalverteilung, etc.) Korrelationen nach Pearson zwischen der Gesamtanzahl traumatischer Erfahrungen zu T2 und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit durchgeführt. Die Hypothesenprüfung zeigte keinen Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl traumatischer Erfahrungen und der Veränderung der Symptomschwere der PTBS ($r(18) = .104$, $p = .662$), Depressivität ($r(17) = -.118$, $p = .630$), SDQ-Gesamtsymptomatik ($r(18) = .182$, $p = .442$) sowie den

internalisierenden ($r(18) = .176, p = .458$) und externalisierenden ($r(18) = .161, p = .498$) Verhaltensauffälligkeiten.

Hypothese 7: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Schulausbildung in Deutschland oder der Berufstätigkeit und dem Verlauf der psychischen Gesundheit*

Da ausreichend Probanden zu T2 sowohl in einer Schulausbildung als auch berufstätig waren, konnten beide Variablen überprüft werden.

Schulausbildung. Da sich die meisten Probanden ($n = 16, 80\%$) zu T2 weiterhin in einer Schulausbildung in Deutschland befanden, wurde die *Länge der Schulausbildung in Deutschland* zur Hypothesenprüfung herangezogen. Aufgrund der Intervallskalierung der Variablen und gegebener Normalverteilung wurden Pearson-Korrelationen durchgeführt.

Anhand der Korrelationen war ein hoher positiver Zusammenhang zwischen der Länge der Schulausbildung in Deutschland und dem Veränderungssummenwert der Depressivität ($r(17) = .534, p = .018$), der SDQ-Gesamtsymptomatik ($r(18) = .646, p = .002$), sowie der internalisierenden ($r(18) = .626, p = .004$) und den externalisierenden ($r(18) = .565, p = .010$) Verhaltensauffälligkeiten feststellbar. Mit dem Veränderungssummenwert der PTBS-Symptomschwere zeigte sich hingegen ein mittlerer Zusammenhang, welcher jedoch statistisch nicht signifikant war ($r(18) = .442, p = .051$).

Zusätzlich wurden partielle Korrelationen berechnet, um mögliche Störvariablen für die gefundenen Korrelationen, wie die Aufenthaltsdauer in Deutschland ($M = 30.7, SD = 9.8, Min = 14.5, Max = 51.5$; in Monate) oder das Alter ($M = 18.9, SD = 1.1, Min = 17, Max = 22$; in Jahre) der Jugendlichen auszuschließen. Trotz der statistischen Kontrolle des *Alters* (Tabelle 7) und der *Zeit* (Tabelle 8) blieben Zusammenhänge zwischen der Länge der Schulausbildung und dem Veränderungssummenwerten der Depressivität sowie den SDQ Skalen weiterhin bestehen. Mit dem Veränderungssummenwert der PTBS-Symptomschwere war weiterhin keine signifikante Korrelation nachweisbar.

Tabelle 7

Partielle Korrelationen zwischen der Länge der Schulausbildung und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit unter Kontrolle des Alters

Kontroll- variable			PTBS	Depres- sivität	SDQ gesamt	SDQ inter- nal	SDQ external
Alter	Bildung	Korrelations- koeffizient	.431	.521*	.677**	.637**	.617**
		Sig. (2-seitig)	.074	.027	.002	.004	.006
		<i>n</i>	20	19	20	20	20

*< p.05, **< p.01

Tabelle 8

Partielle Korrelationen zwischen der Länge der Schulausbildung und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit unter Kontrolle der Zeit

Kontroll- variable			PTBS	Depres- sivität	SDQ gesamt	SDQ inter- nal	SDQ external
Zeit in D.	Bildung	Korrelations- koeffizient	.408	.492*	.653**	.614**	.598**
		Sig. (2-seitig)	.093	.038	.002	.007	.009
		<i>n</i>	20	19	20	20	20

Anmerkung. **D.** = Deutschland

*< p.05, **< p.01

Berufstätigkeit. Vor der Hypothesenprüfung konnten zwei Gruppen gebildet werden: *berufstätige* ($n = 8$, 40%) und *nicht-berufstätige* ($n = 12$, 60%) Probanden. Mittels punktbiserialer Korrelationen nach Pearson konnte eine signifikant negative mittlere Korrelation zwischen der Berufstätigkeit und dem Veränderungssummenwert der PTBS festgestellt werden. Mit allen anderen Bereichen der psychischen Gesundheit war jedoch kein signifikanter Zusammenhang feststellbar (s. Tabelle 12). Für eine genauere Betrachtung der Daten wurden zusätzlich auch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. An dieser Stelle werden statistische Kennwerte auf Basis der U-Tests berichtet. Der Verlauf der psychischen Gesundheit innerhalb der beiden Gruppen (anhand der Veränderungssummenwerte) wird in Tabelle 10 dargestellt. Im Anhang B1 befindet sich zusätzlich eine Tabelle mit der Symptomausprägung beider Gruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten.

Auch anhand der U-Tests wurde eine signifikant unterschiedliche Entwicklung der PTBS-Symptomschwere ($z = -2.165$, $p = .030$, $r = .484$) zwischen den beiden Gruppen – berufstätig und nicht-berufstätig – festgestellt. So zeigten Probanden, die zu T2 berufstätig waren, eine signifikante Verschlechterung ($Mdn = -5$) und nicht-berufstätige Probanden eine signifikante Verbesserung ($Mdn = 7$) der PTBS-Symptomschwere zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (s. auch Abbildung 8).

Die gleiche Tendenz eines unterschiedlichen Verlaufs zeigte sich auch hinsichtlich der Depressivität (s. Tabelle 9). Jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ($z = -1.365$, $p = .172$, $r = .305$). Darüber hinaus unterschieden sich die beiden Gruppen auch im Verlauf ihrer SDQ-Gesamtsymptomatik ($z = -0.425$, $p = .670$), den internalisierenden ($z = -0.390$, $p = .968$) und externalisierenden ($z = -0.622$, $p = .534$) Verhaltensauffälligkeiten nicht signifikant voneinander.

Tabelle 9

Verlauf der psychischen Gesundheit bei berufstätigen und nicht-berufstätigen Probanden

Symptomatik	berufstätig				nicht-berufstätig			
	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min – Max</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min – Max</i>	<i>M</i>
PTBS	8	-5.0	-23 – 13	-4.1	12	7.0	-11 – 29	9.3
Depressivität	8	-6.5	-17 – 8	-4.0	11	5.0	-17 – 24	4.3
SDQgesamt	8	0	-12 – 17	0.8	12	2.5	-13 – 9	0.9
SDQinternal	8	2.0	-6 – 9	1.3	12	1.0	-7 – 6	0.9
SDQexternal	8	-1.0	-6 – 8	-0.5	12	0.5	-6 – 6	0.0

Anmerkung. Statistische Kennwerte beruhen auf den Veränderungssummenwerten; Negative Werte stehen für eine Verschlechterung, positive Werte für eine Verbesserung der Symptomschwere; **Min** = Minimum, **Max** = Maximum der Symptomschwere; **SDQgesamt** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQinternal** = Skala internalisierende Probleme, **SDQexternal** = Skala externalisierende Probleme

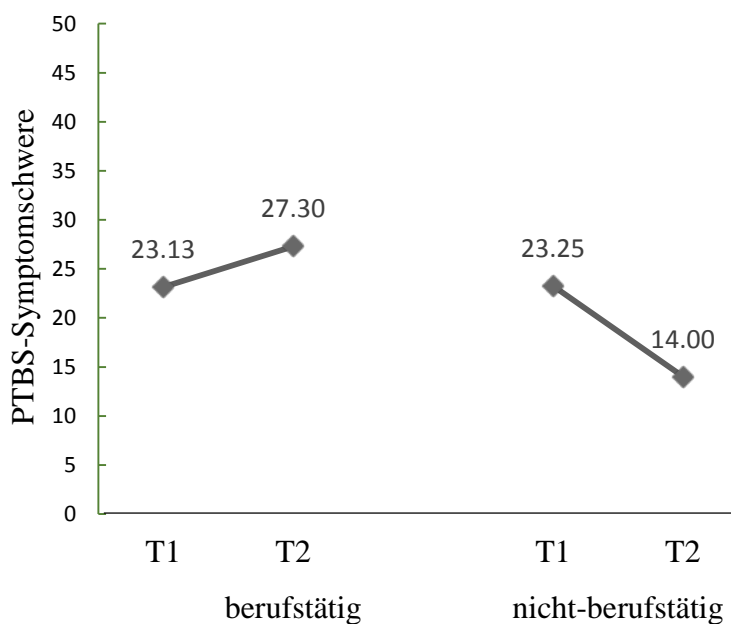


Abbildung 8. Darstellung des Verlaufs der PTBS-Symptomschwere in den beiden Gruppen *berufstätig* und *nicht-berufstätig*. Das Liniendiagramm basiert auf den Mittelwerten beider Gruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten (s. Anhang B1)

Hypothese 8: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Wohnungswechsel und dem Verlauf der psychischen Gesundheit*

Aufgrund der Rangskalierung der Variable „Häufigkeit der Wohnungswechsel“ wurden Korrelationen nach Spearman berechnet. Entgegen der Annahme wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen häufigem Wohnungswechsel und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit festgestellt. Weder mit dem Veränderungssummenwert der Symptomschwere der PTBS ($r_s(18) = -.052, p = .826$) noch der Depressivität ($r_s(17) = -.193, p = .428$) oder der SDQ-Gesamtsymptomatik ($r_s(18) = -.311, p = .182$), bestehend aus den internalisierenden ($r_s(18) = -.205, p = .386$) und den externalisierenden ($r_s(18) = -.358, p = .122$) Verhaltensauffälligkeiten, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang.

Hypothese 9: *UMF, die zumindest zu einem Erhebungszeitpunkt in einer Kinder- und Jugendeinrichtung untergebracht sind, unterscheiden sich im Verlauf ihrer psychischen Gesundheit von UMF, die nicht in einer Kinder- und Jugendeinrichtung untergebracht sind.*

Um die Hypothese 9 zu prüfen konnten drei Gruppen gebildet werden. Im Abschnitt 10.3.3 wird beschrieben wie es zur Gruppenzusammensetzung kam. *Gruppe 1* besteht aus Probanden, die zu beiden Erhebungszeitpunkten durch eine Kinder- und Jugendeinrichtung (KuJ) versorgt wurden. *Gruppe 2* setzt sich aus Probanden zusammen, die zu T1 in einer KuJ lebten, aber zu T2 selbstständig wohnten. *Gruppe 3* beinhaltet jene Jugendlichen, die zu beiden Erhebungszeitpunkten durch keine KuJ versorgt wurden. Da eine geplante ANOVA mit Messwiederholung nicht durchgeführt werden konnte (s. Abschnitt 9.4.4), wurde stattdessen auf den verteilungsfreien H-Test nach Kruskal und Wallis zurückgegriffen. Der Verlauf der Symptomschwere in den drei Gruppen wird in Tabelle 10 mittels der Veränderungssummenwerte dargestellt. Im Anhang B2 befindet sich zusätzlich eine Tabelle mit der Symptomausprägung der psychischen Gesundheit aller Gruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten.

Während sich in der *Gruppe 1* ($Mdn = 4.5$) und *Gruppe 2* ($Mdn = 7.5$) eine Verbesserung der PTBS-Symptomschwere zeigte, war in der *Gruppe 3* ($Mdn = -9$) eine Verschlechterung der Symptomschwere, über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg, feststellbar. Allerdings war keine statistische Signifikanz für diesen Gruppenunterschied

nachweisbar ($\chi^2(2, N = 20) = 3.487, p = .174$). Gleichmaßen zeigte sich auch im Hinblick auf den langfristigen Verlauf der Depressivität ($\chi^2(2, N = 19) = 0.808, p = .668$), SDQ-Gesamtsymptomatik ($\chi^2(2, N = 20) = 0.220, p = .896$) oder die internalisierenden ($\chi^2(2, N = 20) = 0.306, p = .858$) und externalisierenden ($\chi^2(2, N = 20) = 0.519, p = .572$) Verhaltensauffälligkeiten kein Unterschied zwischen den Gruppen.

Tabelle 10

Verlauf der psychischen Gesundheit bei Probanden unter verschiedenen Wohnbedingungen

	Gruppe 1			Gruppe 2			Gruppe 3		
	KuJ-KuJ			KuJ-selbstständig			Keine KuJ		
	<i>n</i> = 8			<i>n</i> = 7			<i>n</i> = 5		
	<i>Mdn</i>	<i>Min</i> – <i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i> – <i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i> – <i>Max</i>	<i>M</i>
Symptomatik									
PTBS	4.5	-7 – 23	5.0	7.0	-13 – 3	9.8	-9.0	-23 – 7	-6.2
Depressivität ^a	0	-17 – 13	-0.5	7.5	-15 – 24	4.3	1.0	-10 – 8	0.2
SDQ _{gesamt}	0	-3 – 17	2.3	3.0	-12 – 9	0.8	1.0	-13 – 6	-1.2
SDQ _{internal}	1.0	-2 – 9	2.1	2.0	-6 – 5	0.5	2.0	-7 – 4	0.2
SDQ _{external}	-1.0	-3 – 8	0.1	1.0	-6 – 6	0.2	-1.0	-6 – 2	-1.4

Anmerkung. Statistische Kennwerte beruhen auf den Veränderungssummenwerten; Negative Werte stehen für eine Verschlechterung, positive Werte für eine Verbesserung der Symptomschwere; **Min** = Minimum, **Max** = Maximum der Symptomschwere; **SDQ_{gesamt}** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQ_{internal}** = Skala internalisierende Probleme; **SDQ_{external}** = Skala externalisierende Probleme

^a Statistische Werte zur Depressivität in der Gruppe 2 basieren auf 6 Probanden

Hypothese 10: *UMF mit einem sicheren Aufenthaltsstatus unterscheiden sich im Verlauf ihrer psychischen Gesundheit von UMF mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus*

Anhand der Hypothese 10 sollte ein möglicher Einfluss eines *sicheren* bzw. *unsicheren Aufenthaltsstatus* auf den Verlauf der psychischen Gesundheit zwischen T1 und T2 untersucht werden. Wie es zur Gruppenbildung kam, wird im Abschnitt 10.3.3 beschrieben. Auch hier konnte aufgrund der Nichterfüllung statistischer Voraussetzungen (NV und Homogenität) eine geplante ANOVA mit Messwiederholung nicht durchgeführt werden, stattdessen wurden U-Tests nach Mann-Whitney berechnet. Die Veränderungssummenwerte der psychischen Gesundheit beider Gruppen werden in

Tabelle 11 dargestellt. Im Anhang B3 befindet sich eine Tabelle mit der Ausprägung psychischer Belastung für beide Gruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten.

Die Signifikanztests zeigten keine signifikanten Unterschiede in den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit zwischen den beiden Gruppen. Sowohl hinsichtlich der Symptomschwere der PTBS ($z = -0.455$, $p = .348$) als auch hinsichtlich Depressivität ($z = -0.371$, $p = .598$) und internalisierender ($z = -0.332$, $p = .740$) sowie externalisierender ($z = -0.623$, $p = .539$) Verhaltensauffälligkeiten, und somit auch der SDQ-Gesamtsymptomatik ($z = -0.289$, $p = .772$), zeigte sich kein unterschiedlicher Verlauf der psychischen Gesundheit zwischen den Gruppen.

Tabelle 11

Verlauf der psychischen Gesundheit bei Probanden mit unsicherem und sicherem Aufenthaltsstatus

Symptomatik	unsicherer Status				sicherer Status			
	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min – Max</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min – Max</i>	<i>M</i>
PTBS ^a	14	4.0	-23 – 25	2.5	7	5.5	-13 – 29	7.1
Depressivität	13	1.0	-17 – 16	-0.4	7	3.0	-14 – 24	3.5
SDQ _{gesamt} ^a	14	0.5	-13 – 17	0.4	7	1.5	-12 – 17	2.0
SDQ _{internal} ^a	14	2.0	-7 – 6	1.1	7	0.5	-6 – 9	1.0
SDQ _{external} ^a	14	-1.0	-6 – 3	-0.7	7	1.0	-6 – 8	1.0

Anmerkung. Statistische Kennwerte beruhen auf den Veränderungssummenwerten; Negative Werte stehen für eine Verschlechterung, positive Werte für eine Verbesserung der Symptomschwere; **Min** = Minimum, **Max** = Maximum der Symptomschwere; **SDQ_{gesamt}** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQ_{internal}** = Skala internalisierende Probleme; **SDQ_{external}** = Skala externalisierende Probleme

^a Ein Proband erhielt erst 16 Tage vor dem Erhebungszeitpunkt T2 eine Bestätigung der Aufenthaltsgenehmigung und musste daher für die Untersuchung der Veränderung der PTBS und der SDQ Skalen in die Gruppe: *unsicherer Status* eingeordnet werden, somit beruhen die Werte in diesen Fällen auf $n = 14$. Diese Umstellung war notwendig, da beide Erhebungsinstrumente Symptome über einen längeren Zeitraum hinweg abfragen

Die folgende Tabelle 12 zeigt eine Übersicht über alle durchgeführten Korrelationen.

Tabelle 12

Korrelationen zwischen Postmigrationssituation, Gesamtanzahl traumatischer Ereignisse und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit

Variablen	Wohnungs- wechsel	Schul- aus- bildung	Berufs- tätigkeit	Anzahl Traumata	PTBS	Depres- sivität	SDQ gesamt	SDQ internal	SDQ external
Wohnungswechsel^a	1	-.081	.110	-.077	-.052	.193	-.311	-.205	-.358
Schul- ausbildung		1	-.113	-.196	.442	.534**	.646**	.626**	.565**
Berufstätigkeit			1	-.122	-.499*	-.345	-.003	.059	-.071
Anzahl Traumata				1	.104	-.118	.182	.176	.161
PTBS					1	.488*	.309	.266	.307
Depressivität						1	.391*	.212	.531**
SDQgesamt							1	.933**	.916**
SDQinternal								1	.710**
SDQexternal									1

Anmerkung. Veränderungssummenwerte wurden durch die Subtraktion der Symptomsummenwerte zu T1 und T2 berechnet. Alle Korrelationen zur Depressivität beruhen auf Berechnungen mit 19 Probanden. **SDQgesamt** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQinternal** = Skala internalisierende Probleme; **SDQexternal** = Skala externalisierende Probleme

^a zweiseitige Korrelationen nach Spearman

* < p.05, ** < p.01 bei zweiseitigen Korrelationen nach Pearson

11 Diskussion

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse ausführlich diskutiert und interpretiert, Einschränkungen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt sowie Schlussfolgerungen und Implikationen gezogen.

11.1 Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit untersuchte explorativ den Verlauf der psychischen Gesundheit bei in Deutschland lebenden UMF über einen Zeitraum von durchschnittlich 18 Monaten. Zudem wurde der Einfluss traumatischer Erfahrungen sowie der Postmigrationssituation auf den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit erforscht. Im Folgenden werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

11.1.1 Ausfallrate der Probanden

Über die Hälfte der UMF ($n = 37$, 64.9%) nahmen an der vorliegenden Folgerhebung nicht teil. Der Verbleib von fast der Hälfte dieser Nicht-Teilnehmer ($n = 16$, 43.2%) blieb ungeklärt, da sie nicht mehr erreicht wurden. Es ist oft schwierig, den Kontakt zu UMF langfristig aufrechtzuerhalten, da sie nach Erreichen der Volljährigkeit nicht mehr dem Jugendamt obliegen. Zudem gibt es bis heute keine statistische Erfassung über die Abschiebungsrate von UMF in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) (Espenhorst, 2013). Andererseits entspricht die hier vorliegende hohe Ausfallrate auch jener in anderen vergleichbaren Studien mit UMF (vgl. Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014). Der statistische Vergleich der Studienteilnehmer ($N = 20$, 35.1%) mit den Nicht-Teilnehmern ($N = 37$, 64.9%) hinsichtlich Soziodemographie und psychischer Gesundheit zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dennoch berichteten die Studienteilnehmer zu T1 von einer insgesamt höheren psychischen Belastung. Insbesondere die PTBS-Symptomschwere war bei den Studienteilnehmern etwas höher ausgeprägt als bei den Nicht-Teilnehmern. Dies lässt vermuten, dass sich die Jugendlichen durch die Partizipation an der Erhebung eventuelle Hilfeleistungen in Bezug auf ihre psychische Belastung oder im Asylverfahren erhofften und sich daher für eine erneute Studienteilnahme entschieden.

11.1.2 Langfristiger Verlauf der psychischen Gesundheit bei UMF

Der erste Teil der Hypothesenprüfung befasste sich mit dem Verlauf der psychischen Gesundheit von in Deutschland lebenden UMF über einen Zeitraum von durchschnittlich 18 Monaten. Die Ergebnisse zeigten zu beiden Erhebungszeitpunkten eine hoch ausgeprägte psychische Belastung in allen Bereichen der psychischen Gesundheit – *PTBS*, *Depressivität*, *internalisierende* und *externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* –, die einen chronischen Verlauf nahm. Die gefundenen Prävalenzraten psychischer Belastung in der untersuchten Teilstichprobe sind vergleichbar mit jenen in anderen Verlaufs- und Längsschnittstudien, die UMF mittels Screening-Verfahren (vgl. Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014) und BMF anhand von klinisch-diagnostischen Interviews befragten (vgl. Kinzie et al., 1989; Sack et al., 1993). Darüber hinaus veränderte sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Exil weder die Symptomschwere der PTBS noch jene der Depressivität oder internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten signifikant. Auch dies deckt sich mit früheren Verlaufs- und Längsschnittstudien, die gleichermaßen einen chronischen Verlauf psychischer Belastung sowohl bei BMF (vgl. Almqvist & Broberg, 1999; Kinzie et al., 1989) als auch bei UMF (vgl. Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014) in den ersten Jahren des Aufenthaltes im Exil feststellten. Eine mögliche Erklärung für die beschriebene Stabilität der psychischen Belastung kann in der besonderen Vulnerabilität und hohen Traumatisierung, mit denen UMF bereits im Exil ankommen, gefunden werden (vgl. Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008; Wiese & Burhorst, 2007). Zudem sind sie zusätzlichen Stressoren der Postmigrationssituation ausgesetzt, die einen chronischen Verlauf psychischer Belastung begünstigen können (Vervliet et al., 2014). Andererseits dürften sich wesentliche Änderungen der psychischen Gesundheit junger Flüchtlinge auch erst nach mehreren Jahren des Aufenthaltes im Exil manifestieren. Dies wurde in anderen Studien sowohl bei BMF ab sechs Jahren im Exil (vgl. Hjern & Angel, 2000; Montgomery, 2010; Sack et al., 1993; Sack et al., 1999) und bei UMF ab drei Jahren im Exil (vgl. Smid et al., 2011) nachgewiesen. Um Aussagen über den Verlauf der psychischen Gesundheit bei im Exil lebenden UMF machen zu können, bedarf es daher längerfristiger Studien.

11.1.3 Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit bei UMF

Im zweiten Teil vorliegender Arbeit wurde der Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation auf den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit erforscht. Die Ergebnisse werden im Folgenden entlang der einzelnen untersuchten Variablen diskutiert.

Anzahl traumatischer Ereignisse. Mittels interferenzstatistischer Analyse wurde entgegen der Annahme kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl unterschiedlicher traumatischer Ereignisse und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit festgestellt. Indessen fanden Müller et al. (2013) zu T1 noch eine negative Korrelation zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und der Symptomschwere der PTBS sowie der Depressivität der Gesamtstichprobe.

Die Ergebnisse von Müller et al. (2013) konnten vielfach auch durch andere Querschnitterhebungen bestätigt werden (vgl. Bronstein et al., 2012; Bronstein et al., 2013; Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008; Ruf, Schauer, & Elbert, 2010). Nur wenige Verlaufs- und Längsschnittstudien untersuchten den Einfluss traumatischer Erfahrungen auf die Langzeitentwicklung von im Exil lebenden jungen Flüchtlingen. Diese zeigten zwar, dass traumatische Erfahrungen die Ausprägung psychischer Belastung in den ersten Jahren des Aufenthaltes im Exil erklären können (vgl. Bean et al., 2007; Sack et al., 1993; Smid et al., 2011; Vervliet et al., 2014). Jedoch verwies bereits Montgomery (2010) darauf, dass der Langzeitverlauf psychischer Gesundheit weniger durch die früheren traumatischen Erfahrungen, als vielmehr durch die Postmigrationssituation im Exil bestimmt wird.

Da die Mehrzahl der berichteten traumatischen Ereignisse zu T2 noch vor der Ankunft in Deutschland erlebt wurden, können die vorliegenden Ergebnisse gleichermaßen ein Hinweis darauf sein, dass frühere traumatische Erfahrungen zwar in Zusammenhang mit der psychischen Belastung von UMF zu Beginn ihres Aufenthaltes im Exil stehen, aber den langfristigen Verlauf nicht beeinflussen. Nichtsdestotrotz ist die Repräsentativität dieses Ergebnisses aufgrund der sehr kleinen Stichprobengröße eingeschränkt.

Schulbildung in Deutschland. Zu T2 besaßen bereits 35% der Jugendlichen einen deutschen Schulabschluss. Der Großteil der UMF ($n = 16$, 80%) besuchte zu T2 auch weiterhin eine Schule. Die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der Länge der Schulbildung in Deutschland und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit konnte bestätigt werden. So war ein signifikanter hoher positiver Zusammenhang zwischen der Länge der Schulbildung in Deutschland und einer Verbesserung der Symptomschwere der Depressivität sowie der internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten feststellbar.

Dieses Ergebnis entspricht bisherigen Forschungserkenntnissen, die gleichermaßen einen positiven Zusammenhang zwischen der Bildung und der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen im Querschnitt feststellten (vgl. Bogic et al., 2012; Brewin et al., 2000; Fazel et al., 2012; Porter & Haslam, 2005). Außerdem wurde der gefundene Zusammenhang auch durch andere Verlaufsstudien bestätigt. Montgomery (2008; 2010) fand bei BMF, dass die Länge der Schulbildung einen Prädiktor für externalisierende Verhaltensprobleme nach neun Jahren Aufenthalt in Dänemark darstellte. Zudem zeigten BMF, die nach neun Jahren weiterhin eine Schule besuchten oder berufstätig waren, eine Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit. Auch Smid et al. (2011) zeigte, dass das Risiko an einer PTBS mit verzögertem Beginn zu erkranken, mit zunehmender Länge der Schulbildung in den Niederlanden sank.

Dennoch sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit Vorsicht zu betrachten, da trotz des Studiendesigns einer Verlaufsstudie kein kausaler Schluss gezogen werden kann. Aufgrund der Stichprobengröße kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Jugendlichen aus anderen, in dieser Studie nicht erforschten Gründen, eine Genesung ihrer psychischen Gesundheit erfuhren und deshalb auch länger eine Schule besuchten. Gleichwohl potenzielle Störvariablen, wie die Aufenthaltsdauer und das Alter der Probanden, bereits im Vorfeld ausgeschlossen wurden, war die Berücksichtigung aller möglicher Störvariablen (z. B. Psychotherapie) nicht möglich. Ferner könnte ein frühzeitiger Schulabbruch auch durch die bereits vorhandene hohe Traumatisierung und psychischen Belastung erklärt werden, die folglich Schwierigkeiten mit schulischen Anforderungen nach sich ziehen können (Elbert et al., 2009).

Darüber hinaus stehen diese Ergebnisse möglicherweise gar nicht in direktem Zusammenhang mit dem Schulbesuch an sich, sondern können viel mehr auf ein Gefühl der Sicherheit und Zugehörigkeit, das durch den Schulbesuch vermittelt werden kann, zurückgeführt werden. Dies wurde in anderen Studien nachgewiesen (vgl. Ellis et al.,

2008; Kia-Keating & Ellis, 2007). Smid et al. (2011) zufolge, kann ein niedriger Bildungsstand im Exil aber auch zu einem Gefühl der Unzulänglichkeit und Hilflosigkeit führen, was sich wiederum negativ auf den psychischen Gesundheitszustand von UMF auswirken kann.

Um den gefundenen Zusammenhang zwischen der Schulausbildung und der langfristigen Entwicklung der psychischen Gesundheit von im Exil lebenden jungen Flüchtlingen besser verstehen zu können, ist daher weiterführende Forschung notwendig.

Berufstätigkeit. Weitestgehend unerforscht war bisher die Auswirkung von Arbeit auf die psychische Gesundheit von im Exil lebenden UMF. Annähernd die Hälfte der UMF ($n = 8$, 40%) war zu T2 berufstätig, die restlichen 60% ($n = 12$) gingen keinem Beruf nach, sondern besuchten – bis auf einen Jugendlichen – die Schule. Die Hypothesenprüfung ergab, dass arbeitende UMF eine signifikante Verschlechterung ihrer PTBS-Symptomschwere aufwiesen. Hingegen zeigten UMF, die nicht berufstätig waren, jedoch eine Schule besuchten, eine Verbesserung ihrer Symptomschwere. Hinsichtlich aller anderen Bereiche der psychischen Gesundheit wurden zwar ähnliche Tendenzen festgestellt, jedoch keine statistische Signifikanz nachgewiesen.

Dies steht bisherigen Forschungsergebnissen entgegen, die sowohl bei erwachsenen Flüchtlingspopulationen (vgl. Bogic et al., 2012; Laban et al., 2005; Porter & Haslam, 2005), als auch bei BMF (vgl. Montgomery, 2008, 2010) feststellten, dass das Recht auf Arbeit und die Arbeitstätigkeit an sich in einem positiven Zusammenhang zur psychischen Gesundheit stehen. Im Kontrast habe aber die Arbeitslosigkeit einen negativen Effekt auf das psychische Wohlbefinden von Flüchtlingen. Dieses entgegengesetzte Ergebnis lässt sich eventuell durch den Schulbesuch der Jugendlichen sowie die soziale und finanzielle Unterstützung, die UMF zukommt, erklären. Menschen, die arbeitslos sind, leiden oft neben finanziellen auch unter existenziellen Sorgen und einem Gefühl der Ausgrenzung (Ryan et al., 2008). Im Vergleich zu anderen Flüchtlingspopulationen erhalten UMF, solange sie sich in der Obhut des Jugendamtes befinden, spezielle Förderungen, die sie sowohl finanziell als auch sozial besser stellen, als andere Flüchtlinge (Parusel, 2009b). Zudem kann bei den UMF, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, von keiner sozialen oder gesellschaftlichen Exklusion ausgegangen werden, da fast alle Jugendlichen, die keinem Beruf nachgingen, stattdessen eine Schule besuchen konnten. Darüber hinaus zeigten möglicherweise berufstätige UMF auch eine Verschlechterung ihrer PTBS-Symptomschwere aufgrund

der Doppelbelastung derer sie ausgesetzt waren, da fünf der Jugendlichen neben den beruflichen auch gleichzeitig schulischen Anforderungen genügen mussten.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse darauf, dass die Berufstätigkeit bei den besonders vulnerablen UMF eine zusätzliche Belastung für ihre psychische Gesundheit darstellt. Aufgrund dieser Erkenntnisse und dem Mangel an Untersuchungen, welche die Auswirkungen von Berufstätigkeit auf die psychische Gesundheit von UMF erforschten, bedarf es auch hier dringend weiterführender Forschung.

Häufigkeit der Wohnungswechsel. Entgegen der Annahme wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen häufigem Wohnungswechsel in Deutschland und dem Verlauf der psychischen Gesundheit gefunden.

Bisherige Forschungsergebnisse fanden diesen Zusammenhang auch nur im Querschnitt (vgl. Bean et al., 2007; Nielsen et al., 2008). Hinzu kommt, dass Nielsen et al. (2008) BMF untersuchten, die mit 4 bis 16 Jahren deutlich jünger waren, als die in dieser Studie befragte Stichprobe, und diese auch erst ab vier oder mehr Wohnungswechsel ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Im Durchschnitt wechselten, die hier untersuchten UMF, zwei Mal ihre Wohnung. Ebenfalls berichteten Bronstein et al. (2012; 2013) die gleiche durchschnittliche Häufigkeit an Wohnungswechsel bei UMF im Vereinigten Königreich und fanden gleichermaßen keinen signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Bean et al. (2007) stellten zwar bereits bei einem Wechsel der Wohnraumlage höhere internalisierende Verhaltensprobleme bei UMF in Belgien fest. Allerdings fanden auch sie keinen Zusammenhang mit dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit.

Basierend auf diesen Erkenntnissen ist anzunehmen, dass erst eine höhere Anzahl an Wohnungswechsel den Verlauf der psychischen Gesundheit von jungen Flüchtlingen beeinflussen könnte.

Wohnsituation. Acht UMF (40%) waren zu beiden Erhebungszeitpunkten in einer Kinder- und Jugendeinrichtung (KuJ) untergebracht. Sieben UMF (35%) wohnten nur zu T1 in einer KuJ, jedoch zu T2 selbstständig. Fünf Probanden (25%) wurden zu keinem der beiden Erhebungszeitpunkte durch eine KuJ versorgt. Die Hypothese, dass UMF, die zumindest zu einem Erhebungszeitpunkt in einer KuJ lebten, einen unterschiedlichen Verlauf der psychischen Gesundheit im Vergleich zu jenen zeigten, die zu keinem Erhebungszeitpunkt durch eine KuJ versorgt wurden, konnte durch parameterfreie

Verfahren nicht bestätigt werden. Jedoch zeigte sich eine unterschiedliche Tendenz des Verlaufes der PTBS-Symptomschwere zwischen den Gruppen. So berichteten UMF, die zumindest zu einem Erhebungszeitpunkt durch eine KuJ versorgt wurden, eine tendenzielle Verbesserung ihrer PTBS-Symptomschwere. Die höchste Verbesserung zeigten UMF, die zu T2 selbstständig lebten. UMF, die zu keinem der Erhebungszeitpunkte durch eine KuJ versorgt wurden, ließen hingegen eine Verschlechterung ihrer PTBS-Symptomschwere erkennen. Dieser unterschiedliche Verlauf wurde jedoch durch keine statistische Signifikanz bestätigt.

Dies widerspricht bisherigen Forschungsergebnissen, die aufzeigten, dass die Wohnsituation durchaus ausschlaggebend für die psychische Gesundheit von UMF ist (vgl. Bean et al., 2007; Bronstein et al., 2012; Bronstein et al., 2013; Derluyn & Broekaert, 2007; Geltman et al., 2005; Hodes et al., 2008). Allerdings beruhen die meisten dieser Ergebnisse auf Querschnitterhebungen. Lediglich Bean et al. (2007) fanden, dass die Wohnsituation auch ein Prädiktor für den langfristigen Verlauf von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen bei UMF war.

Die sehr kleine Probandenanzahl in den drei untersuchten Gruppen der vorliegenden Arbeit kann eine mögliche Erklärung für die nicht vorliegende Signifikanz sein. Darüber hinaus berichten andere Untersuchungen, die größten Unterschiede in der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen, die in Pflegefamilien im Vergleich zu Kinderheimen und jenen, die in betreuten Wohngruppen im Vergleich zu Erstaufnahmeeinrichtungen leben. In der vorliegenden Arbeit lebte keiner der UMF bei einer Pflegefamilie und nur vier Probanden waren in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht. Dies könnte ein weiterer Grund für die insignifikanten Ergebnisse sein. Die meisten der Studienteilnehmer ($n = 15$, 75%) lebten zu T1 entweder in einem Kinderheim oder in einer betreuten Wohngruppe. Demnach war die Heterogenität zwischen den untersuchten Gruppen möglicherweise zu gering ausgeprägt.

Aufenthaltsstatus. Sieben Probanden (35%) besaßen zu T2 eine Aufenthaltsgenehmigung für Deutschland, alle anderen (65%) lebten weiterhin in Unsicherheit über ihr Aufenthaltsrecht. Entgegen der Annahme zeigten UMF mit einem sicheren Aufenthaltsstatus im Vergleich zu UMF mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus keinen signifikant unterschiedlichen Verlauf ihrer psychischen Gesundheit.

Dies steht im Gegensatz zu bisherigen Forschungserkenntnissen bei erwachsenen Flüchtlingen (vgl. Ruf et al. 2007; Steel et al., 2011). Allerdings gibt der aktuelle

Forschungsstand, nur wenig Aufschluss über die Konsequenzen einer unsicheren aufenthaltsrechtlichen Situation, für das psychische Wohlbefinden junger Flüchtlinge. Die vorliegende Arbeit ist zudem eine der wenigen Studien, die diesen Einfluss auf die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit von UMF untersuchte. Darüber hinaus basieren vorhandene Erkenntnisse zu jungen Flüchtlingen oft auf qualitativen Studien (vgl. McCarthy & Marks, 2010), Elternbefragungen (vgl. Heptinstall et al., 2004), auf Ergebnissen auf Basis von Screening-Verfahren (vgl. Bean et al., 2007) oder beziehen sich auf den Asylprozess an sich (vgl. Geltman et al., 2005). Lediglich die Studie von Bean et al. (2007) untersuchte den Einfluss der aufenthaltsrechtlichen Situation auf die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit von UMF. Dabei fanden die Autoren gleichermaßen keinen Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit.

Bronstein et al. (2013) weisen in ihrer Querschnitterhebung darauf hin, dass “A sense of discomfort, uncertainty, and liminality may not be directly correlated with the legal status determination itself and may be more strongly correlated to a heightened sense of awareness from time in the country“ (S. 291). Demzufolge ist vermutlich gar nicht der aufenthaltsrechtliche Status an sich, sondern viel mehr die subjektiv wahrgenommene Zeit, die Flüchtlinge in Unsicherheit über ihre Zukunft verbringen müssen, ausschlaggebend für ihr psychisches Wohlbefinden. Laban et al. bestätigten, dass umso länger Menschen unter aufenthaltsrechtlich unsicheren Bedingungen lebten, desto höher ihre Wahrscheinlichkeit an psychischen Störungen zu erkranken (2005) und desto niedriger ihre allgemeine Lebensqualität (2008) war. Folglich befanden sich die UMF der vorliegenden Arbeit, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 2.5 Jahren in Deutschland, erst seit einer relativ kurzen Zeit im Asylverfahren, sodass sich diese Zeit auf den Verlauf ihrer psychischen Gesundheit niederschlagen konnte. Beispielsweise stellten auch Bronstein et al. (2012; 2013) im Querschnitt keinen Zusammenhang zwischen der aufenthaltsrechtlichen Situation – Aufenthaltsstatus und Länge des unsicheren Aufenthaltes – und der psychischen Gesundheit von UMF, die sich erst seit durchschnittlich zwei Jahren im Asylprozess befanden, fest.

Darüber hinaus war keine systematische Erfassung des Zeitpunktes der Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung möglich. Zum Teil besaßen die Probanden, nach eigenen Schätzungen, erst seit wenigen Wochen eine Aufenthaltsgenehmigung. Außerdem war die Verteilung der Jugendlichen in den beiden Gruppen unausgewogen, mit fast doppelt so vielen UMF mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus im Vergleich zu UMF mit einem

sicheren Aufenthaltsstatus. Dies und die insgesamt kleine Stichprobe könnten erklären, weshalb keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellbar waren.

11.2 Einschränkungen der vorliegenden Arbeit

Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe, die vorwiegend aus dem Bundesgebiet Baden-Württemberg stammte, handelt es sich bei den in dieser Arbeit untersuchten UMF um keine repräsentative Stichprobe für die Gesamtpopulation der in Deutschland lebenden UMF. Außerdem gibt es bis heute keine bundesweiten Regelungen, wie mit UMF in der BRD verfahren wird. Daher gestaltet sich die Lebenssituation der minderjährigen Flüchtlinge zwischen den einzelnen Bundesländern meist noch sehr unterschiedlich (Espenhorst, 2013). Zudem handelt es sich bei UMF zwar um eine vorwiegend männliche Flüchtlingsgruppe, mit einem nur geringen Mädchen- oder Frauenanteil, dennoch aber auch um eine sehr heterogene Flüchtlingspopulation mit unterschiedlichen ethnischen Hintergründen. Um Ergebnisse generalisierbar zu machen, bedarf es daher einer wesentlich größeren Stichprobe, die aus dem gesamten Bundesgebiet zu rekrutieren wäre.

Darüber hinaus war, ebenfalls aufgrund der Stichprobengröße und der Nichterfüllung statistischer Voraussetzungen, eine geplante Auswertung anhand von ANOVAs mit Messwiederholung nicht möglich. Stattdessen wurde auf parameterfreie Verfahren zurückgegriffen, die gerade bei kleinen Stichproben ($n < 50$) die robusteren Verfahren darstellen (Bortz & Lienert, 2003). Ferner erlaubte die Stichprobengröße auch keine weiterführenden Analysen anhand komplexerer Modelle (z. B. Regressionsanalyse), die ermöglicht hätten, die Wirkung potentieller Schutz- und Risikofaktoren besser differenzieren und verstehen zu können. Gleichzeitig sind die Aussagen trotz des Studiendesigns einer Verlaufsstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten limitiert, da aufgrund der Stichprobengröße der Einfluss nicht berücksichtigter Variablen nicht ausgeschlossen werden kann.

Des Weiteren ist es zwar möglich durch strukturierte klinische Interviews, im Vergleich zu Selbstbeurteilungsfragebögen, einer Über- oder Untertreibung von Antworten entgegen zu wirken, dennoch könnte es zur Verfälschung von Aussagen bei den Probanden gekommen sein. Sie könnten ihr Antwortverhalten in Richtung sozialer Erwünschtheit gerichtet haben, da sich ein Großteil der Probanden noch im Asylverfahren befand und sich möglicherweise durch das Interview etwaige Vorteile für ihren

Asylprozess erhofften. Außerdem ist der eingesetzte SDQ für einen Altersbereich bis zu 16 Jahren und der UCLA-UPID bis zu 18 Jahren konstruiert und validiert worden. Die hier untersuchten UMF überschritten zu T2 jedoch alle den Altersbereich des SDQs und ein Teil der Probanden auch jenen des UCLA-UPIDs. Um jedoch Verlaufsmessungen zu ermöglichen, war es notwendig, trotz der fehlenden Eichung für den Altersbereich der hier interviewten Stichprobe, die gleichen Erhebungsinstrumente einzusetzen. Daher sowie aufgrund der kleinen Stichprobengröße, die gleichermaßen zu einer Überschätzung von Prävalenzen führen kann, sind die berichteten Prävalenzraten mit Vorsicht zu betrachten und können nur begrenzt mit den Ergebnissen anderer Studien, die zusätzlich vorwiegend Screening-Verfahren einsetzten, verglichen werden. Allerdings sind die zur Hypothesenprüfung verwendeten Summenwerte unabhängig von der Normierung der Erhebungsinstrumente.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der hohen Zeitspanne zwischen den Interviews. So befanden sich die Probanden zum ersten Interview bereits unterschiedlich lange in Deutschland. Zur Ersterhebung hielten sie sich zwischen 1 und 29 Monaten ($M = 12.33$, $SD = 7.59$) in der BRD auf. Zusätzlich lag eine große Spannweite von 12 bis 29 Monaten ($M = 18.35$, $SD = 4.37$) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Diese hohe Variabilität in der Zeit kann ebenfalls Ergebnisse verfälschen und sollte daher berücksichtigt werden.

11.3 Schlussfolgerungen und Implikationen

Dies ist die erste Untersuchung im deutschsprachigen Raum, die den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit von in Deutschland lebenden UMF unter dem Einfluss traumatischer Erfahrungen und der Postmigrationssituation betrachtete.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch noch nach durchschnittlich 18 Monaten eine hohe psychische Belastung bei den UMF feststellbar ist, die zudem chronisch verläuft. Des Weiteren weisen die Ergebnisse auf die Relevanz der Postmigrationssituation für den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit von im Exil lebenden UMF hin. Während sich zu T1 noch ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und der PTBS-Symptomschwere sowie der Depressivität zeigte (Müller et al., 2013), war zu T2 kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl traumatischer Ereignisse und dem langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit nachweisbar. Allerdings war ein

signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Länge der Schulausbildung in Deutschland und dem langfristigen Verlauf der Symptomschwere der Depressivität sowie der internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten feststellbar. Darüber hinaus wirkte sich die Berufstätigkeit der UMF negativ auf den langfristigen Verlauf der PTBS-Symptomschwere aus. So zeigten UMF, die einer Arbeit nachgingen, eine Verschlechterung und nicht-berufstätige UMF eine Verbesserung ihrer PTBS-Symptomschwere. Alle anderen untersuchten Postmigrationsvariablen – Wohnsituation, Häufigkeit der Wohnungswechsel, Aufenthaltsstatus – beeinflussten den langfristigen Verlauf der psychischen Gesundheit nicht signifikant. Dass insbesondere Postmigrationsbedingungen im Exil für den Langzeitverlauf psychischer Gesundheit von Flüchtlingen verantwortlich sind, wurde bereits in dem Modell von Ryan et al. (2008) angenommen und von Montgomery (2010) bei BMF bestätigt.

Nichtsdestotrotz müssen die gewonnenen Ergebnisse kritisch betrachtet werden, da diese auf einer äußerst kleinen Stichprobe beruhen, die nur aus dem Bundesgebiet Baden-Württemberg rekrutiert wurden. So erfuhren UMF gerade in Baden-Württemberg, im Vergleich zu anderen Bundesländern der BRD, in den letzten Jahren eine Besserstellung, dahingehend, dass sie einheimischen Jugendlichen in vielen Bereichen, wie z. B. der Unterbringung gleichgestellt wurden. Dies ist bei Weitem nicht in allen deutschen Bundesländern der Fall (Espenhorst, 2013).

Darüber hinaus zeigte sich in der vorliegenden Arbeit, dass sich UMF trotz hoher Traumatisierung und chronischer psychischer Belastung gesellschaftlich gut in ihrer neuen Umwelt adaptieren können, da fast alle eine Schule besuchten oder berufstätig waren. Gleichzeitig verweisen die Ergebnisse aber auch auf die Notwendigkeit, Standards für die Rechte von UMF in Deutschland und europaweit zu implementieren. Denn bis heute bleibt vielen UMF das Recht auf Bildung verwehrt. Außerdem haben sie weiterhin nur einen limitierten Zugang zur Gesundheitsversorgung (Espenhorst, 2013).

Diese Arbeit gibt erste Hinweise auf potentielle Schutz- und Risikofaktoren der Postmigrationssituation für die Genesung psychischer Belastung bei im Exil lebenden UMF. Jedoch sind weiterführende Untersuchungen notwendig, die diese Ergebnisse anhand von größeren Stichproben aus der gesamten BRD replizieren. Des Weiteren fehlen Langzeitstudien, die den Verlauf der psychischen Gesundheit von UMF über die Volljährigkeit hinaus beobachten. Bis heute bleibt unklar was mit den ehemaligen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen passiert, wenn sie ihre Volljährigkeit erreichen.

12 Literaturverzeichnis

- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee children 3½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 723–730.
doi:10.1097/00004583-199906000-00020
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2011). *Asylanträge und Entscheidungen*.
Letzter Zugriff am 14.03.2015, Abgerufen von
<http://www.proasyl.de/de/themen/zahlen-und-fakten/unbegleitete-minderjaehrige/>
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Social science & medicine* (1982), 64(6), 1204–1215.
doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.010
- Berthold & Espenhorst. (2011). Mehr als eine Anhörung: Perspektiven für das Asylverfahren von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Asylmagazin 1-2*, 3-8. Letzter Zugriff am 14.03.2015, Abgerufen von
http://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/beitraege_asylmagazin/Beitraege_AM_2011/AM2011-1-2-3-Berthold__Espenhorst.pdf
- Bortz, J., & Lienert, G. A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* (3. bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Inneres. (2012). *Asylstatistik 2011*. Abgerufen von
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/2011/Asylstatistik_2011.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2010). *Dritter und Vierter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes*.
Abgerufen von
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=151198.html>
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy

- and the UK. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(3), 216–223. doi:10.1192/bjp.bp.110.084764
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, violence & abuse*, 10(3), 198–210. doi:10.1177/1524838009334448
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. doi:10.1037//0022-006X.68.5.748
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 44–56. doi:10.1007/s10567-010-0081-0
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Dobrowolski, S. (2012). PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 551–557. doi:10.1002/jts.21740
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *European child & adolescent psychiatry*, 22(5), 285–294. doi:10.1007/s00787-012-0344-z
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. (2012). *Inobhutnahmen 2011*. Abgerufen von <http://www.b-umf.de/images/inobhutnahmen-2011-b-umf.pdf>
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & health*, 12(2), 141–162. doi:10.1080/13557850601002296
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(3), 291–297. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.07.016
- Eichler, P. (2011). *Definition Inobhutnahme gemäß § 42 SGB VIII und statistische Erfassung der Inobhutnahmefälle*. Letzter Zugriff am 14.03.2015, Abgerufen von http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/rechtsvorschriften/jugend_rs_2_2011_inobhutnahme.pdf?start&ts=1297852008&file=jugend_rs_2_2011_inobhutnahme.pdf
- Elbert, T., Schauer, M., Schauer, E., Huschka, B., Hirth, M., & Neuner, F. (2009). Trauma-related impairment in children: a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child abuse & neglect*, 33(4), 238–246. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.008

- Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K., & Cabral, H. J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 184–193. doi:10.1037/0022-006X.76.2.184
- Espenhorst, N. (2013). *Kinder zweiter Klasse: Bericht zur Lebenssituation junger Flüchtlinge in Deutschland*. Abgerufen vom Bundesfachverband minderjährige Flüchtlinge e.V.: <http://www.b-umf.de/images/parallelbericht-bumf-2013-web.pdf>
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27*(1), 37–45. doi:10.1024//1422-4917.27.1.37
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Adolescent Research, 15*(4), 470–481. doi:10.1177/0743558400154003
- Europäische Union, Parlament der Europäischen Union. (2011). *Richtlinie 2011/95EU des Europäischen Parlaments und des Rates über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes*. Abgerufen von <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32011L0095>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet, 379*(12), 266–282. doi:10.1016/S0140-6736(11)60051-2
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung, 17*(4), 224–231. doi:10.1026/0942-5403.17.4.224
- Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J. M., & Wise, P. H. (2005). The "lost boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 159*(6), 585–591. doi:10.1001/archpedi.159.6.585

- Gerlach, C., & Pietrowsky, R. (2012). Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasymptomatik bei Flüchtlingen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 33(1), 5-19.
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8), 1179–1191. doi:10.1007/s10802-010-9434-x
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125–130. doi:10.1007/s007870050057
- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2011). Becks-Depressions-Inventar (BDI-II). In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 75-78). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II)*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual review of clinical psychology*, 1, 293–319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European child & adolescent psychiatry*, 13(6), 373–380. doi:10.1007/s00787-004-0422-y
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., . . . Furukawa, T. A. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry research*, 135(3), 229–235. doi:10.1016/j.psychres.2004.03.014
- Hjern, A., & Angel, B. (2000). Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow-up. *Acta Paediatrica*, 89(6), 722–727. doi:10.1111/j.1651-2227.2000.tb00372.x
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723–732. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x

- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child psychiatry and human development, 42*(3), 307–319. doi:10.1007/s10578-011-0219-4
- Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 3*(1), 13. doi:10.1186/1753-2000-3-13
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen* (unver. Neudruck der Ausgabe von 1979). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kia-Keating, M., & Ellis, B. H. (2007). Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(1), 29–43. doi:10.1177/1359104507071052
- Kinzie, J. D., Sack, W., Angell, R., Clarke, G., & Ben, R. (1989). A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*(4), 501–504. doi:10.1097/00004583-198907000-00006
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., . . . Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association journal, 183*(12), 959-967. doi:10.1503/cmaj.090292
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous & Mental Disease, 192*(12), 843-851.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Van der Tweel, I., & de Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(12), 825–832. doi:10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 43*(7), 507–515. doi:10.1007/s00127-008-0333-1

- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., . . . Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24–36. doi:10.1097/00004583-200401000-00012
- McCarthy, C., & Marks, D. F. (2010). Exploring the health and well-being of refugee and asylum seeking children. *Journal of health psychology*, 15(4), 586–595. doi:10.1177/1359105309353644
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine (1982)*, 70(1), 7–16. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
- Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees mental health. *Social science & medicine*, 67(10), 1596–1603. doi:10.1016/j.socscimed.2008.07.020
- Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Development and psychopathology*, 22(2), 477–489. doi:10.1017/S0954579410000180
- Montgomery, E. (2011). Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 124(440), 1–46. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01740.x
- Müller, V., Morath, J., Baumann, J., Schauer, M., Dohrmann, K., Isele, D., Elbert, T., & Ruf-Leuchner, M. (2013). *Traumatic experiences and psychological well-being of unaccompanied refugee minors in Germany*. Vortrag auf der European Society for Traumatic Stress Studies, Bologna.
- Müller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European journal of public health*, 21(2), 184–189. doi:10.1093/eurpub/ckq016
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4(1), 34. doi:10.1186/1471-244X-4-34
- Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8(1), 293. doi:10.1186/1471-2458-8-293

- Odenwald, M., Schmitt, T., Neuner, F., Ruf, M., & Schauer, M. (2006).
Aussageverhalten von traumatisierten Flüchtlingen: eine Untersuchung zum
Vorbringen des eigenen Verfolgungsschicksals im Rahmen des
Asylverfahrens. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 14, 225–253. Abgerufen
von <http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/10206>
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2012). Conduct problems and depression among
unaccompanied refugees: the association with pre-migration trauma and
acculturation. *Anales de Psicología*, 28(3). doi:10.6018/analesps.28.3.155981
- Parusel, B. (2009a). *Europäische und nationale Formen der Schutzgewährung in
Deutschland*. Abgerufen vom Bundesministerium für Migration und
Flüchtlinge:
[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-
Studien-WorkingPaper/emn-wp30-
schutzgewaehrung.html;jsessionid=1A022D3B528AEDC7BF9859CC7A485B
BD.1_cid286?nn=1663566](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp30-schutzgewaehrung.html;jsessionid=1A022D3B528AEDC7BF9859CC7A485BBD.1_cid286?nn=1663566)
- Parusel, B. (2009b). *Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland: Aufnahme,
Rückkehr und Integration*. Abgerufen vom Bundesministerium für Migration
und Flüchtlinge:
[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-
Studien-WorkingPaper/emn-wp26-unbegleitete-minderjaehrige-de.html](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp26-unbegleitete-minderjaehrige-de.html)
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors
associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a
meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. doi:10.1001/jama.294.5.602
- Ruf, M., Lehmann, K., Schauer, M., Eckart, C., Kolassa, I., Catani, C. & Neuner, F.
(2007). Psychische Gesundheit und Aufenthaltssituation bei Flüchtlingen in
Deutschland: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *9th Annual Meeting of the
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)*, Hamburg,
Germany.
- Ruf, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2010a). 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
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010b).
Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial
with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437–
445. doi:10.1002/jts.20548

- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2011). UCLA PTSD Index for DSM IV (UPID). In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 468-472). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Ryan, D., Dooley, B., & Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: towards a resource-based model. *Journal of refugee studies*, 21(1), 1–18. doi:10.1093/jrs/fem047
- Sack, W. H., Clarke, G., Him, C., Dickason, D., Goff, B., Lanham, K., & Kinzie, J. D. (1993). A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 431–437. doi:10.1097/00004583-199303000-00027
- Sack, W. H., Him, C., & Dickason, D. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1173–1179. doi:10.1097/00004583-199909000-00023
- Saß, H., Wittchen, H.U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV* (2. verb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 644–651. Abgerufen von <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.2006.163.4.644>
- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P., & Kleber, R. J. (2011). Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 40(5), 742–755. doi:10.1080/15374416.2011.597083
- Steel, Z., Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J., & Tay, K. W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social science & medicine* (1982), 72(7), 1149–1156. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.007
- Steil, R., & Straube, E. R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1), 1–13. doi:10.1026//1616-3443.31.1.1

- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current psychiatry reports*, 6(2), 96–100. Letzter Zugriff am 14.03.2015, Abgerufen von <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-004-0048-2>
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: an Outline and Overview. *Am J Psychiatry*, 148(1), 10–20. Letzter Zugriff am 14.03.2015, Abgerufen von http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/Terr_Childhood_Trauma.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees. (1967). *Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge von 1951: Protokoll über die Rechtstellung der Flüchtlinge von 1967*. Abgerufen von http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/genfer_fluechtlingskonvention/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2012). *Global Trends 2011*. Abgerufen von <http://www.unhcr.org/4fd6f87f9.pdf>
- United Nations Children's Emergency Fund. (1990). *UN-Konvention über die Rechte des Kindes*. Abgerufen von <https://www.unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf>
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry*, 23(5), 337–346. doi:10.1007/s00787-013-0463-1
- Wiese, E., & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596–613. doi:10.1177/1363461507083900

13 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Hauptherkunftsländer von UMF 2011.....	11
<i>Abbildung 2.</i> Absolute Häufigkeiten der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer	47
<i>Abbildung 3.</i> Verteilung der Häufigkeiten unterschiedlicher traumatischer Ereignistypen zu T2.....	52
<i>Abbildung 4.</i> Formale Beschäftigung zu T2.....	54
<i>Abbildung 5.</i> Häufigkeiten der Wohnungswechsel bis zu T2	55
<i>Abbildung 6.</i> Wohnsituation zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2	56
<i>Abbildung 7.</i> Aufenthaltsstatus zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2	57
<i>Abbildung 8.</i> Darstellung des Verlaufs der PTBS-Symptomschwere in den beiden Gruppen berufstätig und nicht-berufstätig	63

14 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i> Prävalenzraten in den SDQ-Skalen bei UMF und BMF.....	23
<i>Tabelle 2</i> Klinisch relevante Veränderung der Depressivität in Rohwertpunkte	43
<i>Tabelle 3</i> Soziodemographie der Nicht-Teilnehmer und Studienteilnehmer zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2.....	48
<i>Tabelle 4</i> Symptomschwere der Nicht-Teilnehmer und Studienteilnehmer zur Ersterhebung	49
<i>Tabelle 5</i> Prävalenzraten der SDQ-Skalen zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 .	51
<i>Tabelle 6</i> Absolute und relative Häufigkeiten traumatischer Erfahrungen.....	53
<i>Tabelle 7</i> Partielle Korrelationen zwischen der Länge der Schulausbildung und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit unter Kontrolle des Alters	61
<i>Tabelle 8</i> Partielle Korrelationen zwischen der Länge der Schulausbildung und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit unter Kontrolle der Zeit	61
<i>Tabelle 9</i> Verlauf der psychischen Gesundheit bei berufstätigen und nicht-berufstätigen Probanden	63
<i>Tabelle 10</i> Verlauf der psychischen Gesundheit bei Probanden unter unterschiedlichen Wohnbedingungen	65
<i>Tabelle 11</i> Verlauf der psychischen Gesundheit bei Probanden mit unsicherem und sicherem Aufenthaltsstatus	66
<i>Tabelle 12</i> Korrelationen zwischen Gesamtanzahl traumatischer Ereignisse, Postmigrationssituation und den Veränderungssummenwerten der psychischen Gesundheit.....	67

15 Anhänge

15.1 Anhang A: Fragebogenbatterie

Anhang A1

Darstellung des Gesamtuntersuchungssets zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

T1	T2
<i>Aufklärung & Einverständniserklärung</i>	<i>Aufklärung & Einverständniserklärung</i>
<i>soziodemographischer & klinischer Fragebogen</i>	<i>soziodemographischer & klinischer Fragebogen</i>
Somatische Beschwerden (17 Items des SOMS-7)	Somatische Beschwerden (17 Items des SOMS-7)
<i>Stärken und Schwächen Fragebogen (SDQ)</i>	<i>Stärken und Schwächen Fragebogen (SDQ)</i>
Fragebogenset zur Erziehung sowie zu familiären und organisierter Gewalt im Heimatland Allg. Fragen zur Ursprungsfamilie FEE – Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten CFV – Checklist of Family Violence Organisierte Gewalt (Folger- und Kriegserfahrung) Fragen zur Flucht	
<i>UCLA Posttraumatic Stress Disorder Index für DSM-IV (UPID, deutsche Kinderversion)</i>	<i>UCLA Posttraumatic Stress Disorder Index für DSM-IV (UPID, deutsche Kinderversion)</i>
SVQ Shame Variability Questionnaire	PSS-I (bei Probanden über 18 Jahren)
TRGI Trauma Related Guilt Inventory	
AVQ Appetitive Aggression Scale	AVQ Appetitive Aggression Scale
<i>Becks-Depressions-Inventar (BDI-II)</i>	<i>Becks-Depressions-Inventar (BDI-II)</i>
M.I.N.I. KID B. Suizidalität L. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit M. Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	M.I.N.I. KID B. Suizidalität

Anmerkung. Kursiv markierte Verfahren kamen in vorliegender Arbeit zum Einsatz

Dr. Martina Ruf/ Dipl.-Psych.

Martina.Ruf@uni-konstanz.de

Dipl.-Psych. Veronika Müller

Veronika.Mueller@uni-konstanz.de

Universität Konstanz

Postfach D25

78457 Konstanz

Telefon (Sekretariat): 07531/884623

Studie: Psychische Gesundheit und Umgang mit Konflikten bei (unbegleiteten) minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland – Follow Up

Information und Einverständniserklärung

Die psychodiagnostische Untersuchung:

Vor einigen Monaten haben Sie im Rahmen einer Studie zur psychischen Gesundheit von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen an einem Gespräch mit einer unserer Mitarbeiterinnen teilgenommen. Nachdem seit diesem Gespräch einige Zeit vergangen ist, interessieren wir uns erneut dafür, wie es Ihnen heute geht und ob sich in Ihrem Befinden und an Ihrer Situation in Deutschland in der Zwischenzeit etwas verändert hat. Im Rahmen der psychodiagnostischen Untersuchung werden Ihnen Fragen zu Ihrer aktuellen Situation, zu Ihrem bisherigen Leben und zu möglicherweise als belastend erlebten Ereignissen in Ihrer Vergangenheit gestellt. Darüber hinaus werden Fragen zu Ihrem psychischen Gesundheitszustand und zu Ihrem Umgang mit Konflikten mit Mitmenschen folgen.

Weiterverarbeitung der erhobenen Information:

Die in der Untersuchung erhobenen Informationen werden von uns in anonymisierter Form in unsere Datenbank aufgenommen. Anhand der erhobenen Daten werden wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist anhand der Veröffentlichungen nicht möglich.

Die Daten werden ohne Angabe ihres Namens und ihrer Kontaktdaten auf Rechnern gespeichert, die mit dem Internet verbunden sind. Ein legaler Zugriff auf die Daten von außerhalb ist nicht möglich.

Kosten und Risiken:

Für die Untersuchung entstehen Ihnen keine Kosten. Während der Untersuchung kann es jedoch durch die Erinnerung an traumatische Erlebnisse zu Gefühlen des Wiedererlebens kommen, die stressig und belastend

sein können. Tritt dieser Fall ein, so dürfen Sie sich gern an einen unserer Therapeutinnen wenden. Für die Studienteilnahme erhalten Sie einmalig 25 € aus staatlichen Forschungsmitteln.

Rechte:

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Durch Ihre Einwilligung gehen Sie keinerlei Verpflichtungen ein. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen ein rechtlicher Nachteil entsteht. Sie können das Gespräch jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen, ohne dass Ihnen ein rechtlicher Nachteil entsteht.

Datenschutz:

Alle Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden von den MitarbeiterInnen des Projektes vollständig vertraulich behandelt, d.h. nicht an Dritte außerhalb des Forschungsprojektes weitergegeben oder veröffentlicht. Sollten Sie die Informationsweitergabe an Dritte wünschen (etwa an Ihre Ärztin, Therapeutin oder eine Beratungsstelle), so geschieht dies ausschließlich auf Ihre schriftliche Veranlassung hin. Nur autorisierte MitarbeiterInnen des Forschungsprojektes haben Zugang zu dem erhobenen Datenmaterial.

Erklärung:

- Ich habe die vorausgehende Erklärung gelesen bzw. vorgelesen und übersetzt bekommen und verstanden.
- Ich wurde von den MitarbeiterInnen der Klinischen Psychologie der Universität Konstanz über die Studie aufgeklärt und meine Fragen wurden für mich befriedigend und umfassend beantwortet.
- Ich weiß, dass Daten über meine Person nur anonym verarbeitet werden, und dass alle autorisierten ProjektmitarbeiterInnen, die Zugang zu Angaben und Daten zu meiner Person haben, unter Schweigepflicht stehen.
- Mir ist bekannt, dass die erhobenen Informationen ohne Nennung meines Namens und ohne meine Kontaktdaten auf Computern gespeichert und verarbeitet werden, die mit dem Internet verbunden sind.
- Ich weiß, dass ich in der Untersuchung zu belastenden Lebensereignissen befragt werde und dass ich mich auch nach der Untersuchung noch mit einer/m MitarbeiterIn der Klinischen Psychologie der Universität Konstanz in Verbindung setzen kann (UntersuchungsleiterIn und Telefonnummer _____) oder mit meinem behandelnden Therapeuten.
- Ich nehme freiwillig an der Untersuchung teil und weiß, dass ich die Teilnahme jederzeit abbrechen kann.
-

Ort, Datum: _____

UntersuchungsteilnehmerIn: _____

UntersucherIn: _____

Erklärung der Schweigepflicht

Der/die **Dolmetscher/in** Herr/Frau _____ bestätigt hiermit, dass er/sie über die Schweigepflicht durch Herrn/Frau _____, Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz (Leitung: Dr. M. Schauer; Prof. Dr. T. Elbert) unterrichtet worden ist und die Verbindlichkeit der Schweigepflicht verstanden hat. Er/Sie erklärt hiermit, weder in schriftlicher noch in mündlicher oder sonstiger Form irgendwelche persönlichen Patienteninformationen an dritte Personen weiterzugeben; dies schließt insbesondere jegliche Informationen aus den diagnostischen Untersuchungen sowie aus den psychotherapeutischen Sitzungen mit ein.

Ort/ Datum

Unterschrift

Der/die **Student/in** Herr/Frau _____ bestätigt hiermit, dass er/sie über die Schweigepflicht durch Herrn/Frau _____, Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge an der Universität Konstanz (Leitung: Dr. M. Schauer; Prof. Dr. T. Elbert) unterrichtet worden ist und die Verbindlichkeit der Schweigepflicht verstanden hat. Er/Sie erklärt hiermit, weder in schriftlicher noch in mündlicher oder sonstiger Form irgendwelche persönlichen Patienteninformationen an dritte Personen weiterzugeben; dies schließt insbesondere jegliche Informationen aus den diagnostischen Untersuchungen sowie aus den psychotherapeutischen Sitzungen mit ein.

Ort/ Datum

Unterschrift

Anhang A2. Soziodemographische Daten

01) Name des Interviewers

02) Name von anwesendem Studenten

03) VPN Code/Personen Code

04) Datum des Interviews

Name des Probanden

05) Alter / Geburtsdatum

Hat sich die Wohnsituation inzwischen verändert? ja nein

Alt:

Neu:

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Phon

06) Wohnsituation aktuell:

1: Flüchtlingswohnheim2: Clearingeinrichtung3: Untermiete4: Kinderheim5: betreute Wohngruppe6: wechselt ständig7: sonstiges: _____

07) Wie viele Wechsel der Wohnsituation gab es bisher in Deutschland?

08a) Wie viele Familienmitglieder haben Sie aktuell in Deutschland? _____ (Anzahl)

08b) Wie viele Vertrauenspersonen haben Sie in Deutschland? _____ (Anzahl)

09) Familienstatus

1 ledig2 unverheiratet aber mit festem Partner3 geschieden4 verwitwet5 verheiratet

10) Anzahl eigener Kinder:

11) Gibt es einen formalen Betreuer? (Name und Organisation z.B. AGDW)

12) Immigrationsstatus

1: Asylbewerber – Erstverfahren2: Asylbewerber – Folgeverfahren3: Duldung/Abschiebung: _____ Monate

5: Aufenthaltsgenehmigung (seit? _____)

6: Clearingphase

13a) Gab es seit der letzten Untersuchung eine Gerichtsverhandlung? ja nein

13b) Gab es seit der letzten Untersuchung eine Erstanhörung? ja nein

14a) Anzahl Jahre an formaler Schulbildung in Deutschland

14b) Schulbesuch aktuell ja nein
Art der Schule: _____

15) Höchster Bildungsabschluss in Deutschland

16) Ist der Proband aktuell in einer Berufsausbildung? ja nein

17a) Beruf in Deutschland

17b) Aktuell berufstätig? ja nein

18) Deutsche Sprachkenntnisse

1 flüssig sprechen, lesen, schreiben

2 flüssig sprechen; lesen und schreiben mit Schwierigkeiten

3 sprechen mit Schwierigkeiten, kaum lesen und schreiben

4 keine Deutschkenntnisse

19) Untersuchungssprache?

20) Findet die Untersuchung mit Dolmetscher statt? JA NEIN

21) Waren Sie seit unserer letzten Untersuchung in ambulanter *psychotherapeutischen Behandlung*? Ja
(Name des Therapeuten): _____
 Nein

21) Gab es seit unserer letzten Untersuchung eine Klinikaufnahme? Ja
(Name der Klinik): _____
 Nein
Wenn ja,
 Psychiatrie oder Psychosomatik
 Allgemeinkrankenhaus
 Anderes Fachkrankenhaus

Anhang A3. Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markiere zu jedem Punkt „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut du kannst, selbst wenn du dir nicht ganz sicher bist oder dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es dir im **letzten halben Jahr** ging.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1 Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich teile normalerweise mit Anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Im allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
- | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22 | Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Anhang A4. UCLA PTSD Index für DSM IV (Kinder-Version, deutsche Übersetzung der Uni Konstanz) (UPID)

Unten aufgeführt ist eine Liste von SEHR ERSCHRECKENDEN, GEFÄHRLICHEN ODER GEWALTSAMEN Dingen, die manchmal Menschen passieren. Dies sind Situationen, bei denen jemand SEHR SCHWER VERLETZT ODER GETÖTET wurde, oder dies beinahe geschehen wäre. Es gibt Menschen, die diese Erfahrung gemacht haben, andere nicht. Bitte sei ehrlich wenn Du darauf antwortest, ob diese gewaltsamen Dinge Dir passiert sind, oder nicht.

	Jemals?	Seit der letzten Untersuchung?
UCLA 1) Erleben eines starken Erdbebens, sodass das Gebäude, in dem du warst, zerstört wurde.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 2) Erleben einer anderen Katastrophe z.B. Feuer, Tornado, Überflutung oder Hurrikan.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 3) Erleben eines schlimmen Unfalls z.B. ein sehr schlimmer Autounfall.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 4) An einem Ort sein, an dem Kriegshandlungen stattfinden.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 5) Zuhause sehr fest geschlagen, gestoßen oder getreten werden. (Nicht gemeint: normale Rangeleien zwischen Brüdern und Schwestern).	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 6) Sehen wie ein Familienmitglied zu Hause sehr fest geschlagen, gestoßen oder getreten wird. (Nicht gemeint: normale Rangeleien zwischen Brüdern und Schwestern).	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 7) In deiner Stadt zusammengeschlagen, angeschossen oder bedroht werden, dass man sehr schwer verletzt wird.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

UCLA 8) Sehen, wie jemand in deiner Stadt zusammengeschnitten, angeschossen oder ermordet wird.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 9) Einen toten Körper in deiner Stadt sehen (schließt keine Beerdigungen ein).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 10) Von einem Erwachsenen oder jemanden, der sehr viel älter als du ist, an intimen Körperstellen berührt werden, auch wenn du es nicht wolltest.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 11) Vom gewaltsamen Tod oder einer ernsthaften Verletzung einer geliebten Person hören.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA 12) Eine schmerzvolle und furchterregende medizinische Behandlung in einem Krankenhaus erhalten haben, als du sehr krank oder schwer verletzt warst.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA13) Außer den vorher beschriebenen Situationen, gab es je etwas, das dir passiert ist und sehr erschreckend, gefährlich oder gewaltsam war?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

UCLA: 14)

- a) Falls du nur **eine** der Fragen 1-13 mit „Ja“ beantwortet hast, schreibe deren Nummer auf:
b) Falls du **mehrere** Fragen mit „Ja“ beantwortet hast, schreibe bitte die Nummer der Sache, die dich **am meisten plagt** auf:
c) Wie lange ist es her, dass diese schlimme Sache (bei a) oder b) beantwortet) dir passierte?
d) Beschreibe bitte was passiert ist:

Bei den *folgenden* Fragen, kreuze bitte „Ja“ oder „Nein“ an, um zu beantworten, wie Du Dich während oder direkt nachdem diese schlimme Sache, die du in Frage 14 beschrieben hast, passiert ist, gefühlt hast.

UCLA:15) Hattest du Angst, dass du sterben würdest?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:16) Hattest du Angst, dass du schwer verletzt würdest?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:17) Bist du schwer verletzt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:18) Hattest du Angst, dass jemand anderes sterben könnte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:19) Hattest du Angst, dass jemand anderes schwer verletzt werden könnte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:20) Wurde jemand anderes schwer verletzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:21) Wurde jemand getötet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:22) Hattest du solche Angst, dass es eines der erschreckendsten Erlebnisse war, das du je hast?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:23) Hattest du das Gefühl, dass du das was passierte nicht stoppen konntest oder dass du jemanden brauchst, der dir hilft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:24) Hattest du das Gefühl, dass das was du sahst ekelhaft oder Grauen erregend war?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:25) Ranntest du herum oder bist du aus der Fassung geraten / warst du sehr aufgebracht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:26) Hast du dich sehr verwirrt gefühlt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
UCLA:27) Hattest du das Gefühl, dass das was passierte auf irgendeine Art nicht real ist, als würde es in einem Film passieren anstatt im wirklichen Leben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nun folgt eine Liste von Problemen, die Menschen manchmal haben, nachdem sehr schlimme Dinge passiert sind. Bitte **denke** über die schlimme Sache, die dir passiert ist und die du in Frage Nummer 14 beschrieben hast nach. Dann, **lese** bitte jedes Problem der Liste sorgfältig. **Kreuze** die Nummer (0, 1, 2, 3, oder 4) **an**, die beschreibt, wie oft das Problem **im letzten Monat** bei dir akut war. Benutze den Beurteilungsbogen unten um dich zu entscheiden, wie oft dieses Problem bei dir im letzten Monat vorkam.

	Wie häufig während des letzten Monats	0	1	2	3	4
UCLA3 B1	Mir kommen bestürzende Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem was passiert ist in den Sinn, wenn ich es nicht möchte.	0	1	2	3	4
UCLA 5 B2	Ich träume von dem was passiert ist oder habe andere schlechte Träume.	0	1	2	3	4
UCLA 6 B3	Ich fühle mich, als wäre ich zurück in der Zeit, in der mir diese schlimme Sache passierte. Ich durchlebe es noch einmal.	0	1	2	3	4
UCLA 2 B4	Wenn mich etwas an das Geschehene erinnert, gerate ich aus der Fassung, werde ängstlich oder traurig.	0	1	2	3	4
UCLA 18 B5	Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, habe ich starke körperliche Reaktionen, z.B. schlägt mein Herz schnell, mein Kopf schmerzt oder mein Bauch tut weh.	0	1	2	3	4
UCLA 9 C1	Ich versuche nicht über das was passiert ist, zu reden, nachzudenken oder Gefühle aufkommen zu lassen (absichtlich).	0	1	2	3	4
UCLA 17 C2	Ich versuche mich von Leuten, Orten oder Dingen (Aktivitäten) fernzuhalten, die mich an das Ereignis erinnern.	0	1	2	3	4
UCLA 15 C3	Ich habe Probleme mich an wichtige Teile des Ereignisses zu erinnern.	0	1	2	3	4
UCLA 7 C4	Ich fühle mich, als würde ich lieber für mich bleiben und nicht mit meinen Freunden zusammen sein.	0	1	2	3	4
UCLA 8 C5	Ich fühle mich innerlich einsam und anderen Menschen nicht nah.	0	1	2	3	4
UCLA 10 C6a	Ich habe Schwierigkeiten Glück oder Liebe zu empfinden.	0	1	2	3	4
UCLA 11 C6b	Ich habe Schwierigkeiten Traurigkeit oder Ärger zu spüren.	0	1	2	3	4

UCLA 19 C 7	Ich denke, dass ich nicht lange leben werde.	0	1	2	3	4
UCLA 1 D4	Ich bin aufmerksam gegenüber Gefahr oder Dingen, vor denen ich Angst habe.	0	1	2	3	4
UCLA 4 D2	Ich fühle mich nörglerisch, ärgerlich oder verrückt.	0	1	2	3	4
UCLA 12 D5	Ich bin hippelig / zappelig oder erschrecke leicht, z.B. wenn ich ein lautes Geräusch höre oder mich etwas überrascht.	0	1	2	3	4
UCLA 13 D1	Ich habe Probleme einzuschlafen oder wache nachts oft auf.	0	1	2	3	4
UCLA 16 D3	Ich habe Probleme mich zu konzentrieren oder aufmerksam zu sein.	0	1	2	3	4
UCLA 14 AF	Ich denke, dass das was passierte zum Teil meine Schuld war.	0	1	2	3	4
UCLA 20 AF	Ich habe Angst, dass diese schlimme Sache noch mal passieren wird.	0	1	2	3	4

Beginn der Symptome:

1. Am selben Tag
2. In der selben Woche
3. Im selben Monat
4. Innerhalb von sechs Monaten
5. Innerhalb von 12 Monaten
6. Später als 1 Jahr

Falls später als ein Jahr: In welchem Alter: _____

Wie lange hattest du diese Probleme die aus dem Ereignis resultierten?

1. Weniger als eine Woche
2. Weniger als ein Monat
3. Weniger als sechs Monate
4. Weniger als ein Jahr
5. Mehr als ein Jahr

Funktionsbeeinträchtigungen

1) Hast du einem Arzt von deinen Problemen, die als Folge des Erlebnis vorkamen, berichtet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2) Hast du es einem Lehrer, Heiler oder Priester (Geistlichem) erzählt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3) Hast du mehr als einmal wegen dieser Probleme Medizin eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4) Haben die Probleme die als Folge des Erlebnisses vorkamen, dich in deinem Leben oder deinen Aktivitäten sehr gestört/ eingeschränkt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5) In den letzten 12 Monaten, haben die Probleme, die als Folge des Erlebnis vorkamen, dich sehr gestört/bedrückt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6) In den letzten 12 Monaten, haben die Probleme, die als Folge des Erlebnis vorkamen, dich davon abgehalten zu Festen, zu deinen Freunden oder Treffen zu gehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7) In den letzten 12 Monaten, haben die Probleme, die als Folge des Erlebnis vorkamen, dich davon abgehalten mit deinen Freunden zu spielen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8) Haben diese Schwierigkeiten Probleme in der Schule oder Zuhause verursacht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Anhang A5. Becks-Depressions-Inventar (BDI-II)

Suchen Sie sich in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an.

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig
- 1 Ich bin oft traurig
- 2 Ich bin ständig traurig
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

3. Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

4. Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen

5. Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

7. Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
- 2 Ich bin von mir enttäuscht
- 3 Ich lehne mich völlig ab

8. Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
- 1 Ich bin mit gegenüber kritischer als sonst
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

9. Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte

10. Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher
- 2 Ich weine bei geringsten Anlass
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht

11. Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst
- 1 Ich bin unruhiger als sonst
- 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen
- 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss

12. Interessenverlust

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren
- 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst
- 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren
- 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgendetwas zu interessieren

13. Entschlussunfähigkeit

- 0 Ich bin so entschlossfreudig wie immer
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen

14. Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos
- 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst
- 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert
- 3 Ich fühle mich völlig wertlos

15. Energieverlust

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer
- 1 Ich habe weniger Energie als sonst
- 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe
- 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun

16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst
- 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag
- 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen

17. Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst
- 1 Ich bin reizbarer als sonst
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt

18. Veränderungen des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert
- 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst
- 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst
- 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst
- 3a Ich habe überhaupt keinen Hunger
- 3b Ich habe ständig Heißhunger

19. Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer
- 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst
- 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren
- 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren

20. Ermüdung oder Erschöpfung

- 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst
- 1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst
- 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft
- 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann

21. Verlust an sexuellem Interesse

- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität
- 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren

15.2 Anhang B: Tabellen**Anhang B1**

Symptomschwere bei berufstätigen und nicht-berufstätigen Probanden zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Symptomatik	Berufstätig	N	T1		T2	
			M	SD	M	SD
PTBS	Ja	8	23.13	15.57	27.30	20.49
	Nein	12	23.25	15.67	14.00	10.96
Depressivität	Ja	8	20.38	13.19	24.38	12.90
	Nein	11	18.64	11.66	14.36	11.70
SDQgesamt	ja	8	19.50	7.35	18.63	7.79
	Nein	12	13.91	7.59	13.00	5.04
SDQinternal	Ja	8	11.75	3.33	10.38	3.58
	Nein	12	9.33	4.62	8.42	2.68
SDQexternal	Ja	8	7.75	4.17	8.25	4.43
	Nein	12	4.58	3.65	4.58	3.26

Anmerkung. Angaben zur Depressivität basieren auf den Daten von nur 19 Probanden; **SDQgesamt** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQinternal** = Subskala internalisierende Probleme, **SDQexternal** = Subskala externalisierende Probleme

Anhang B2

Symptomschwere bei Probanden unter verschiedenen Wohnbedingungen zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Symptomatik	Wohnbedingung	N	T1		T2	
			M	SD	M	SD
PTBS	KuJ(T1,T2)	8	24.90	14.59	19.90	11.92
	KuJ(T1)	7	22.70	12.54	12.90	12.24
	Keine KuJ	5	21.20	21.90	27.40	25.45
Depressivität	KuJ(T1,T2)	8	17.40	13.68	18.00	12.04
	KuJ(T1)	6	18.83	9.33	14.50	12.13
	Keine KuJ	5	23.20	13.59	23.00	16.25
SDQgesamt	KuJ(T1,T2)	8	17.13	8.33	14.88	6.83
	KuJ(T1)	7	14.14	5.21	13.29	8.01
	Keine KuJ	5	17.40	10.81	18.60	3.71
SDQinternal	KuJ(T1,T2)	8	11.00	3.74	8.88	3.14
	KuJ(T1)	7	9.71	3.68	9.14	3.85
	Keine KuJ	5	10.00	6.20	9.80	2.59
SDQexternal	KuJ(T1,T2)	8	6.13	4.82	6.00	4.11
	KuJ(T1)	7	4.43	2.64	4.14	4.63
	Keine KuJ	5	7.40	4.62	8.80	1.48

Anmerkung. Angaben zur Depressivität basieren auf den Daten von nur 19 Probanden; **KuJ** = Kinder und Jugendeinrichtung; **SDQgesamt** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQinternal** = Subskala internalisierende Probleme, **SDQexternal** = Subskala externalisierende Probleme

Anhang B3

Symptomschwere bei Probanden mit unsicherem und sicherem Aufenthaltsstatus zu den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Symptomatik	Status	N	T1		T2	
			M	SD	M	SD
PTBS	unsicher	14	24.85	16.09	22.36	16.77
	sicher	6	19.33	13.43	12.17	14.22
Depressivität	unsicher	13	16.92	11.76	17.38	12.80
	sicher	6	24.67	11.69	21.17	14.00
SDQgesamt	unsicher	14	16.07	8.46	15.64	6.00
	sicher	6	16.33	6.77	14.33	8.66
SDQinternal	unsicher	14	10.36	4.47	9.21	2.83
	sicher	6	10.17	4.02	9.10	4.07
SDQexternal	unsicher	14	5.70	4.40	6.43	3.61
	sicher	6	6.10	3.49	5.17	5.34

Anmerkung. Angaben zur Depressivität basieren auf den Daten von nur 19 Probanden; **SDQgesamt** = Stärken und Schwächen Fragebogen, Gesamtsummenwert aller Skalen; **SDQinternal** = Subskala internalisierende Probleme, **SDQexternal** = Subskala externalisierende Probleme

15.3 Anhang C: Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Ramona Luca
E-Mail a0648627@unet.univie.ac.at

Universitäre Ausbildung

09/2012 – 07/2013 Erasmus im Fachbereich Psychologie an der Universität Konstanz in Deutschland
03/2011 – Dato Bachelorstudium Internationale Entwicklung an der Universität Wien
10/2007 - Dato Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien

Berufserfahrung

10/2015 – 11/2015 Praktikum an der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus (AKH)
01/2013 – 07/2013 Forschungsprojekt zur Diplomarbeit am Kompetenzzentrum für Psychotraumatologie der Universität Konstanz in Deutschland
12/2011 – 01/2012 Testleiterin des AID an österreichischen Schulen
03/2011 – 07/2011 Praktikum am Otto-Wagner-Spital an der Tagesklinik für Psychiatrie
11/2009 – 03/2010 Anamneseerhebung und Administration bei Amber Med. Diakonie Flüchtlingsdienst (ehrenamtlich)
07/2008 – 04/2009 HABIT Wohngemeinschaft für mehrfachbehinderte Menschen

Sonstige Qualifikationen

Sprachkenntnisse: Deutsch (Muttersprache)
Rumänisch (Muttersprache)
Englisch (fließend)
Berufliche Fortbildungen: Intensivkurs zur Narrativen Expositionstherapie (NET) am Kompetenzzentrum für Psychotraumatologie
Grundkurs des internationalen Lehrganges für Montessori-Pädagogik und Heilpädagogik