

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Stephan Bender

Durchgeführt im:

Zentrum für seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters des Sana-Klinikum
Remscheid,
Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Hapfelmeier

Psychische Belastungen bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (in der Selbst- und Fremdbeurteilung)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Florentine Löwer
aus Fürth, Deutschland

promoviert am 29.11.2024

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachter: Privatdozent Dr. med. G. Hapfelmeier
2. Gutachter: Professor Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. D. Walter

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Dr. Marco Walg, dem Mit-Betreuer dieser Arbeit.

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Der dieser Arbeit zugrunde liegenden Datensatz wurde von meiner Mit-Doktorandin Silke Rosenbusch und Testassistent*innen des Sana-Klinikum Remscheid und mir erhoben. Hierbei erfolgten Befragungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz des Sana-Klinikum Remscheid sowie in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland. Die Befragungen wurden anhand der unter „Methodik“ genannten Fragebögen durchgeführt. Die statistische Berechnung der Daten mit Hilfe des Programms „SPSS“ erfolgte in Zusammenarbeit mit und durch Zuarbeit von Dr. Marco Walg. Die Auswertung und Interpretation sowie die Umwandlung der Daten in tabellarische Form, ebenso wie die anschließende Erstellung dieses Manuskripts erfolgte durch mich.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 04.06.2024

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Hapfelmeier für die freundliche Vergabe des Themas, sowie die nette und konstruktive Betreuung. Ebenso möchte ich Herrn Dr. phil. Marco Walg für die Hilfestellung bei inhaltlichen Fragen zu dieser Arbeit – mit stets offenen Ohren – danken.

Weiter gilt mein Dank allen jugendlichen Geflüchteten und deren Betreuer*innen, die durch ihre Teilnahme diese Studie erst ermöglichten.

Zuletzt möchte ich noch meiner Familie für die Unterstützung während der Erstellung dieser Arbeit sowie während meines gesamten Studiums danken.

Diese Arbeit soll den vielen unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten weltweit gewidmet werden.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	8
1. ZUSAMMENFASSUNG	9
2. EINLEITUNG	10
2.1 Aktueller Stand der Forschung und theoretischer Hintergrund	11
2.2 Definitionen zu unbegleiteten Minderjährigen und Flüchtlingen	12
2.2.1. Unbegleitete Minderjährige	12
2.2.2. Flüchtling	12
2.2.3. Genfer Flüchtlingskonvention	13
2.2.4. Kurzfassung zu Asylrecht in Deutschland	14
2.3 UmF als vulnerable Gruppe für psychische Erkrankungen	16
2.3.1. Internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	16
2.3.2. Trauma und Traumafolgestörungen	16
2.3.3. Schutz- und Risikofaktoren	18
2.3.4. Adoleszenz	20
2.4 Hypothesen	20
3. MATERIAL UND METHODEN	23
3.1 Studiendesign	23
3.2 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien der Studie	26
3.3 Fragebogen zu allgemeinen Angaben	27
3.4 BSCL- und CBCL- Fragebögen als Messinstrumente der psychischen Belastung	27
3.5 Statistische Analysen	29
4. ERGEBNISSE	31
4.1 Stichprobenbeschreibung	31
4.2 Psychische Belastung in der Selbst- und Fremdbeurteilung	34

4.3	Internalisierendes und Externalisierendes Verhalten in der Fremdbeurteilung der Betreuer*innen (CBCL Fragebogen)	36
4.4	Korrelation zwischen Selbst- und Fremdurteil (BSCL- und CBCL-Fragebogen)	37
4.5	Psychische Belastung und Corona	39
4.6	Psychische Belastung und Aufenthaltsstatus	42
4.7	Psychische Belastung und Psychotherapie (aktuell oder in der Vergangenheit)	43
5.	DISKUSSION	45
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	45
5.1.1.	Die allgemeine psychische Belastung im Vergleich	46
5.1.2.	Korrelation zwischen Selbst- und Fremdurteil	47
5.1.3.	Die Corona Pandemie als zusätzlicher Faktor emotionaler Belastung	48
5.1.4.	Der Aufenthaltsstatus als möglicher zusätzlicher Risikofaktor psychischer Belastung	49
5.1.5.	Psychotherapie und psychische Belastung	50
5.2	Stärken und Schwächen des Studiendesigns	51
5.3	Ausblick	52
6.	LITERATURVERZEICHNIS	55
7.	ANHANG	61
7.1	Abbildungsverzeichnis	61
7.2	Tabellenverzeichnis	61
8.	VORABVERÖFFENTLICHUNGEN VON ERGEBNISSEN	62

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Variance
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BSCL	Brief Symptom Checklist ¹
BumF	Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
CBCL	Child Behaviour Checklist ²
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMRK	Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GSI	Global Severity Index
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO
KIDNET	Kinderspezifische Form der narrativen Expositionstherapie ³
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
umF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees / Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (Kommissariat)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Zusammenfassung

Die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten hat in Deutschland aufgrund von verschiedenen Fluchtbewegungen in den letzten Jahren stark zugenommen. Für diese Jugendlichen bestehen nach den heutigen Kenntnissen im Herkunftsland, während der Flucht und nach Ankunft in Deutschland viele Gefahren und Herausforderungen. Diese können traumatisierend wirken und setzen die unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten damit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen aus.

Die folgende Arbeit beschäftigt sich mit der psychischen Belastung der Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten. Ziel ist es, herauszuarbeiten, wie hoch die allgemeine psychische Belastung der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge in Deutschland ist und welche Einflussfaktoren es hierbei gibt.

Dafür wurden im Zeitraum von 2020-2021 insgesamt 102 jugendliche Geflüchtete in Jugendhilfeeinrichtungen in ganz Deutschland sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz des Sana Klinikum Remscheid befragt. Es wurde hierzu die Einschätzung der Jugendlichen selbst sowie die ihrer Betreuer*innen mit Hilfe standardisierter Fragebögen ermittelt. Danach wurden die Daten statistisch über SPSS ausgewertet, um hierbei Zusammenhänge und Unterschiede der verschiedenen Einflussfaktoren auf die psychische Belastung herausarbeiten zu können.

Die Ergebnisse zeigen, dass die unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten in der Selbst- und Fremdeinschätzung mehrheitlich über den Grenzwerten hinsichtlich psychischer Belastung liegen. Dabei weisen die Jugendlichen vor allem vermehrt internalisierende Verhaltensauffälligkeiten, wie Angst, Depressivität oder Somatisierung auf. Die Corona-Pandemie stellt zusätzlich einen negativen Einflussfaktor auf das psychische Wohlergehen der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten dar. Psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit scheint die subjektive psychische Belastung zu verringern. Ein direkter Zusammenhang zum Status des Aufenthalts und der psychischen Belastung konnte hingegen nicht nachgewiesen werden. Dies könnte Gegenstand weiterer Forschung werden. Gezeigt wurde zudem, dass unbegleitete minderjährige Geflüchtete mit einer hohen allgemeinen psychischen Belastung eine Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen darstellen. Der erhöhte Bedarf an Hilfestellung erweist sich als große Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem. Im Hinblick auf die Veränderungen während der Corona-Pandemie gibt es hierzu weiteren Forschungsbedarf. Daneben sind die Entwicklung geeigneter Behandlungskonzepte und ein verbesserter Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung wichtige Faktoren, die es zu untersuchen gilt. Der engen Zusammenarbeit von Sozialarbeiter*innen und ärztlichem und psychotherapeutischem Personal sollte zudem in Zukunft besondere Beachtung geschenkt werden.

2. Einleitung

„Ende 2019 waren über 79,5 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht.“⁴

Diese Anzahl entspricht fast der gesamten Bevölkerung Deutschlands. Das UN-Flüchtlingskommissariat (UNHCR) berichtet, dass ca. 40% der Ende 2019 geflüchteten Menschen Kinder waren.⁴ Bei einem Großteil der hierbei erfassten Menschen handelt es sich um sogenannte Binnenvertriebene, also Menschen, die sich innerhalb der Grenzen ihres Heimatlandes auf der Flucht befinden.⁵ So zwingt beispielsweise der Klimawandel mit den sich verstärkenden Dürren und Naturkatastrophen Menschen dazu, ihren ursprünglichen Lebensraum zu verlassen. Das Internal Displacement Monitoring schätzt, dass 2020 etwa 30,7 Million Menschen (zumindest zeitweise) ihre Wohnorte aufgrund von Naturkatastrophen wie Stürme, Überflutung oder Erdbeben verlassen mussten. Weitere 9,8 Millionen verließen ihren Wohnort aufgrund von Gewalterfahrungen oder Verfolgung.⁶ Eine große Zahl an Menschen sieht sich jedoch aufgrund sonstiger Gegebenheiten gezwungen, ihre Heimatländer zu verlassen. Insgesamt 26,3 Millionen der bis Mitte 2020 geflüchteten Menschen befanden sich auf der Flucht aus ihren Herkunftsländern wegen Menschenrechtsverletzungen, Gewalt und Verfolgung. Ein Großteil dieser Menschen stammt aus Syrien (6,6 Millionen), neben Venezuela, Afghanistan, Südsudan und Myanmar. Oftmals fliehen die Menschen in angrenzende Staaten - so nahm etwa die Türkei durch ihre direkte Grenze zu Syrien 2020 insgesamt 3,6 Millionen Menschen auf.⁷ Auch in Deutschland konnte aufgrund vermehrter Fluchtbewegung ein Anstieg in den Anträgen auf Asyl verzeichnet werden.⁸

Im Zeitraum von 2015 bis April 2021 wurden in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 1,9 Millionen Anträge auf Asyl eingereicht. Dabei galten unter den von Januar bis April 2021 verzeichneten Antragsteller*innen 53,9% als minderjährig. Die meisten von ihnen stammten aus Syrien, gefolgt von Afghanistan und dem Irak.⁸

Seit 2017 zeigt sich ein Rückgang dieser Zahlen nach dem starken Anstieg im Jahr 2015.⁸ Dies kann u. a. auf erschwertes Erreichen nach Deutschland durch die Schließung der Grenzen von Serbien, Kroatien und Slowenien zurückzuführen sein.⁹ Die sog. Balkanroute stellte mit Durchquerung dieser Länder einen der Hauptfluchtwege dar.⁹ Zum anderen erfolgte 2016 die „Erklärung EU-Türkei“¹⁰ mit der Folge vermehrter Grenzkontrollen von Seiten der Türkei und folglich verringerte Grenzübertreten in Staaten der EU.¹¹ Besonders stark fällt ein Einbruch der Zahlen zwischen April und Mai im Jahr 2020 auf, was sich auf die COVID-19-Pandemie mit verstärkten Grenzsicherungen und erschwerten Fortbewegungsmöglichkeiten zurückführen lässt.^{8,12}

Nichtsdestoweniger befanden sich zum Stand Mitte 2020 1,1 Millionen Geflüchtete in Deutschland.¹³ Circa 2.5% davon, also über 25.000 waren unbegleitete minderjährige Geflüchtete in deutschen Unterkünften.¹⁴ Die vorliegende Arbeit befasst sich mit diesen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (umF) in Deutschland, wobei der Fokus auf der psychischen Belastung der Betroffenen liegt.

Oft müssen Menschen in Kriegsgebieten traumatisierende Erfahrungen, wie Trennung oder Tod von Familienmitgliedern, körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen oder Verfolgung erleben.¹⁵ Doch auch während der Flucht erfahren viele Flüchtende lebensbedrohliche und traumatisierende Situationen. So berichten laut einer Studie von Brücker et al.¹⁶

beispielsweise ein Viertel aller befragten umF der 2016 erhobenen Studie, Schiffsbruch erlitten zu haben. Zwei Fünftel seien Opfer von Gewalterfahrungen geworden.¹⁶ In einem Zielland angekommen können ein ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie die Herausforderung des Erlernens einer neuen Sprache und kultureller Gegebenheiten weitere Herausforderungen darstellen.¹⁵ Diese Arbeit untersucht daher die allgemeine psychische Belastung unter umF.

Die zentrale Fragestellung lautet hierbei:

Wie stark ist die allgemeine psychische Belastung bei unbegleitet geflüchteten Jugendlichen und welche Zusammenhänge gibt es hierbei?

- Wie stark fühlen sich diese Jugendlichen selbst im allgemeinen Lebensalltag psychisch belastet?
- Wie wird dies von Betreuer*innen in Jugendhilfeeinrichtungen wahrgenommen?

2.1 Aktueller Stand der Forschung und theoretischer Hintergrund

Derzeit gibt es wenige Studien, die sich explizit mit der Lage der umF in Deutschland beschäftigen. Studien aus Europa konnten zeigen, dass umF als vulnerable Gruppe ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen wie beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen haben.^{15,17,18} Doch auch bei anderen psychischen Erkrankungen weist diese Gruppe eine erhöhte Prävalenz auf. So analysierten Kien et al.¹⁵ in ihrer Übersichtsarbeit zusätzlich zur PTBS die Prävalenzen von Depressionen, Angststörungen, Suizidalität und Verhaltensstörungen in verschiedenen Studien. Hierbei zeigte sich eine große Variation, wobei ca. ein Drittel der umF eine Depression, Angststörung oder andere Emotional-/Verhaltensstörungen zeigten.¹⁵

Nach dem aktuellen Stands der Forschung kann man davon ausgehen, dass umF durch traumatisierende Erfahrungen in ihren Heimatländern sowie während der Flucht einem erhöhten Risiko für psychische Störungen ausgesetzt sind. Nach der Ankunft in Deutschland sehen sich die Jugendlichen vor neuen Hürden: Das Warten während des Asylverfahrens mit Unsicherheiten für die Zukunft, das fehlende gewohnte soziale Umfeld, die Konfrontation mit einer fremden Kultur, ein unbekanntes Bildungssystem zusätzlich zum Erlernen einer neuen Sprache, sowie Diskriminierungserfahrungen.^{19,16} Zusätzlich bestehen bei hohem Bedarf lange Wartezeiten auf Therapieplätze. Letzteres stellt Jugendliche, Jugendhilfeeinrichtungen und das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung.²⁰

Die genannten Zusammenhänge machen deutlich, wie zahlreiche Stressoren die psychische Gesundheit dieser Jugendlichen beschädigen können und sie dadurch zu einer Hochrisikogruppe dafür machen.²¹ Doch welche Menschen werden zu dieser Gruppe gezählt? Und was versteht man unter dem Begriff „Flüchtling“?

2.2 Definitionen zu unbegleiteten Minderjährigen und Flüchtlingen

2.2.1. Unbegleitete Minderjährige

Als „unbegleitete Minderjährige“ werden laut der Richtlinie des europäischen Parlaments von 2011 Menschen unter 18 Jahren bezeichnet, welche ohne Begleitung von Erwachsenen in einen europäischen Mitgliedsstaat einreisen. Diese Definition trifft auf Jugendliche zu, die nach der Einreise in den Mitgliedsstaat ohne Begleitung dort zurückgelassen werden.²² Der oder die unbegleitete Minderjährige gilt auch als solche/r, wenn sich die Eltern in einem anderen EU-Staat befinden.²³

2.2.2. Flüchtling

Der exakten Definition als „Flüchtling“ wird asylrechtlich besondere Bedeutung zu gesprochen (siehe Asylrecht in Deutschland). In der Richtlinie des europäischen Parlaments, sowie im deutschen Asylrecht wird sich zur Definition auf die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) von 1951 mit der erweiterten Fassung des New Yorker Protokolls von 1967 bezogen. Dementsprechend wird der Ausdruck für Menschen verwendet, welche sich „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen {ihrer} Rasse, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe außerhalb des Landes befinde{n}, dessen Staatsangehörigkeit er {oder sie} besitzen und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen {können} oder {wollen}, oder eine{n} Staatenlosen, der {/die} sich

aus denselben vorgenannten Gründen außerhalb des Landes seines {/ ihres} vorherigen gewöhnlichen Aufenthalts befindet und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen dieser Furcht nicht dorthin zurückkehren will (..)“²².

In dieser Arbeit wird das Wort „Geflüchtete“ als Sammelbegriff für Personen, welche sich entweder noch im Asylverfahren befinden oder bereits einen Schutzstatus zugeschrieben bekommen haben, verwendet, ohne sich ausschließlich auf die juristische/asylrechtliche Bedeutung zu beziehen.

2.2.3. Genfer Flüchtlingskonvention

Die GFK, auch „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28 Juni 1951“²⁴, gilt als erste und wichtigste Definition des Begriffs „Flüchtling“ und des internationalen Flüchtlingsrecht. Die wichtigste Eigenschaft ist hierbei die unter 2.2.2 genannte Definition von „Flüchtling“, sowie die Festlegung des sogenannten „Non-Refoulement“, also die Versicherung eines Schutzes vor Abschiebung von Seiten des Urheberlandes gegenüber dem oder der Geflüchteten.²⁴

Historisch kam es aufgrund verschiedener Gegebenheiten im 20. Jahrhundert, beispielsweise bedingt durch den ersten Weltkrieg, sowie den Völkermord am Armenischen Volk, der Oktoberrevolution vom 1917 in Russland, Fluchtbewegungen unter der Herrschaft von Mussolini in Italien und nicht zuletzt aufgrund der Vertreibung von Juden im Nationalsozialismus, zu vermehrten Flüchtlingsbewegungen in Europa.²⁵ Mit diesen Entwicklungen stieg auch ein Bewusstsein für die Bedeutung des Schutzes von Geflüchteten, woraufhin sich 1920 der Völkerbund gründete, der den Grundbaustein für die GFK und die Gründung des Amts des Hochkommissars für Flüchtlinge legte.²⁵ Da sich die damalige Fassung der GFK auf Personen bezog, welche vor allem in Europa „infolge von Ereignissen, die vor dem 1. Januar 1951 eingetreten sind(...)“²⁶ zu Flüchtlingen wurden, angewendet wurde, kam es am 31. Januar 1967 zur Erweiterung der GFK im Sinne des „New Yorker Protokolls über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“.²⁶ Dieses Protokoll fasste einen erweiterten zeitlichen und geographischen Rahmen und wird noch heutzutage im Asylrecht angewendet.²⁴ Insgesamt traten 145 Länder der GFK beziehungsweise dem Protokoll zur Rechtsstellung der Flüchtlinge bei.²⁷

Darüber hinaus erfolgten regionale Ansätze, wie beispielsweise die Afrikanische Flüchtlingskonvention 1967 und die lateinamerikanische Cartagena-Konvention von 1984.²⁸ Die GFK wird inzwischen kontrovers diskutiert. Da laut GFK beispielsweise eine Staatsgrenze überquert werden muss, um der Definition als „Flüchtling“ zu entsprechen, werden die inzwischen weltweit ca. 40 Millionen Binnenvertriebenen nicht berücksichtigt.²⁸ Dennoch gilt sie als wichtiger Ansatz zum Schutz und zur Grundlage von Rechten

geflüchteter Menschen²⁹. Auch im deutschen Asylrecht bezieht man sich auf die Genfer Flüchtlingskonvention.

2.2.4. Kurzfassung zu Asylrecht in Deutschland

Der Begriff „Flüchtling“ wird in im alltäglichen Sprachgebrauch oft mit verschiedenen Begriffen im Kontext zu geflüchteten Menschen gleichgesetzt. Asylrechtlich wird hierbei allerdings zwischen „Flüchtlingen“, „Asylsuchenden“, „subsidiär Schutzsuchenden“ und „Menschen, welchen ein Abschiebungsverbot ausgesprochen wird“, unterschieden.³⁰ Als „asylberechtigt“ gelten Menschen in Deutschland, welche politisch verfolgt werden³¹. Im Art. 16a Abs. 1 des Grundgesetzes (welcher der Definition der GFK entspricht) wird Asylberechtigten somit eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre zugesprochen.³¹ Hierbei geht es vor allem um staatlich bedingte Verfolgung.³² Erfolgt bei Asylsuchenden die „Zuerkennung zur Flüchtlingseigenschaft“³³, so entspricht dies nach § 3 Abs. 1 des Asylgesetzes der Begriffsdefinition der GFK. Schutzsuchende erhalten somit „Flüchtlingsschutz“ und auch eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre.³¹ Der Flüchtlingsschutz beruht, wie bereits erwähnt auf der GFK und umfasst neben der staatlichen auch die nichtstaatliche Verfolgung (beispielsweise durch Terrorgruppen).³²

„Subsidiärer Schutz“ greift nach § 4 des Asylgesetzes dann, wenn weder der Flüchtlingsschutz noch eine Asylberechtigung ausgestellt werden können, aber dennoch eine ernsthafte Gefahr vor Schaden im Herkunftsland glaubhaft nachgewiesen werden kann. Hierbei können sowohl staatliche als auch nichtstaatliche Urheber als Quelle der Bedrohung hervorgehen. Es wird eine Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr ausgestellt, welche gegebenenfalls auf zwei Jahre verlängert werden kann.³¹

Ein „Abschiebungsverbot“ nach § 60 Abs. 5 und Abs.7 des Aufenthaltsgesetzes besteht dann, wenn die Rückführung in das Herkunftsland eine „erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit“³¹ darstellt oder durch die Rückführung ein Verstoß gegen die Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) erfolgen würde. Es folgt eine Aufenthaltserlaubnis für mindestens ein Jahr, wobei hiernach eine wiederholte Verlängerung möglich ist.³¹

Die sogenannte Duldung stellt keinen Aufenthaltstitel dar. Sie wird zunächst ausgestellt und belegt rechtlich, dass die Person nicht die Voraussetzungen für eine permanente Aufenthaltserlaubnis erfüllt, allerdings für eine bestimmte Zeit auch nicht abgeschoben werden darf.²³ Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Schutzformen und deren rechtliche Grundlage.²³

Tabelle 1. Überblick über Schutzformen und ihre Rechtsgrundlagen in Deutschland und international.

Schutzform	Deutsche Rechtsgrundlage	Internationale Rechtsgrundlage/EU-Recht	Dauer bei Erstaussstellung
Asylberechtigung	Artikel 16a Grundgesetz		Für 3 Jahre(§ 26 Abs. 1 S2. AufenthG)
Flüchtlingsschutz	§ 3 Asylgesetz	Genfer Flüchtlingskonvention/EU-Qualifikationsrichtlinie	Für 3 Jahre (§ 26 Abs. 1 S.2 AufenthG)
Subsidiärer Schutz	§ 4 Asylgesetz	EU-Qualifikationsrichtlinie	Für ein Jahr, bei Verlängerung für weitere 2 Jahre (§ 26 Abs. 1 S.3 AufenthG)
Abschiebungsverbote	§ 60 Absatz 5 und § 60 Absatz 7 Aufenthaltsgesetz	u. a. Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)	Für mindestens 1 Jahr (§ 26 Abs. 1 S. 4 AufenthG)

Anmerkung. Die Tabelle entstand in Anlehnung an eine Tabelle aus *Informationsverbund Asyl und Migration e.V. Die Vormundschaft für unbegleitete Minderjährige. Juli 2019. S. 10.*²³

Zuständig für die Durchführung eines Asylverfahrens ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Die Aushändigung des Aufenthaltstitels erfolgt letztlich durch das Auswärtige Amt.²³ Während der Dauer des Asylverfahrens wird eine sogenannte „Aufenthaltsgestattung“ ausgestellt. Die Dauer des Asylverfahrens betrug im Durchschnitt im Frühjahr 2021 6,2 Monate.⁸

Bei den umF gibt es einige Besonderheiten im Asylverfahren, welche im Folgenden erörtert werden. Nach der UN-Kinderechtskonvention (Artikel 3) und EU-Grundrechtscharta (Artikel 24) gilt, dass das Wohl des Kindes bei allen Maßnahmen, welche dieses Betreffen, besonders zu berücksichtigen sei.²³ Nach deutschem Aufenthaltsrecht(§ 80 Absatz 1 AufenthG) und Asylrecht(§12 Abs.1 AsylG) ist eine nicht-deutsche Person erst bei Erreichen des Alters von 18 Jahren dazu fähig die Einleitung eines Asylverfahrens zubeantragen.²³ Bei Ankunft in Deutschland werden umF somit nach §42 des Sozialgesetzbuches VIII vorläufig in Obhut des Jugendamtes genommen.³⁴ Hier erfolgt eine Feststellung des Alters und anschließend die Zuteilung von Vormund*innen über das Familiengericht.³⁴ Anschließend wird ein Asylantrag über eine/n Vormund*in (oder bereits vorher vom Jugendamt) eingereicht.²³ Nicht nur das Warten auf die Entscheidung über das Asylverfahren sondern auch die Erfahrungen, welche die Jugendlichen während der Flucht aus und in ihren Herkunftsländern machen, können die Jugendlichen stark in ihrem Wohlbefinden beeinflussen und diese somit zu einer vulnerablen Gruppe für psychische Erkrankungen machen. Hierauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.3 UmF als vulnerable Gruppe für psychische Erkrankungen

Die Erfahrungen, die umF vor, während und nach der Flucht machen müssen, können ihr psychisches Wohlbefinden stark beeinflussen und zu psychischen Auffälligkeiten führen. Im Folgenden soll definiert werden, was man unter „Trauma“ und „Traumafolgestörungen“ versteht und welche Risiko- und Schutzfaktoren es hierbei gibt. Zudem werden psychische Auffälligkeiten im Rahmen von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen definiert.

2.3.1. Internalisierend und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

Achenbach ³⁵ verwendete die Begriffe „internalisierend“ und „externalisierend“ um Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu beschreiben.³⁶ Der Begriff „internalisierende Auffälligkeiten“ fasst dabei Symptome wie Depressivität, Angst und Somatisierungsstörungen zusammen.³⁷ Diese werden von außen weniger stark beobachtet als externalisierende Auffälligkeiten, da sie sich meist durch Gefühle äußern, welche eher zu sozialem Rückzug und führen. „Externalisierende Auffälligkeiten“ äußern sich hingegen durch aggressives und aufsässiges Verhalten.³⁷ Die gängige Klassifikationssysteme, wie der diagnostische und statistische Leitfaden psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-5)³⁸ und die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten der WHO (aktuell noch: ICD-10)³⁹ geben hierfür keine explizite Definition, sondern unterscheiden bei internalisierendem oder externalisierendem Verhalten zwischen emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen.³⁶

2.3.2. Trauma und Traumafolgestörungen

Nach dem diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-5) wird ein Trauma wie folgt definiert: Die Person erlebte Konfrontation mit einem oder mehreren Ereignissen, die „tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzung oder sexuelle Gewalt auf eine (oder mehrere) Arten {beinhalteten}.“³⁸ Weiter wird nach der aktuellen internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme der WHO (aktuell noch :ICD-10) ein Trauma als Ereignis beschrieben, welches „mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß“ ⁴⁰ einhergeht, das „bei fast jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“⁴⁰ Hierbei muss es sich nicht um ein einmaliges, plötzliches Ereignis handeln, sondern auch wiederholte Vorkommnisse sind möglich (wie beispielsweise bei sexuellem Missbrauch). Zudem konnte festgestellt werden, dass die Inzidenzen von Traumafolgestörungen bei interpersoneller Gewalt höher sind, als solche durch akzidentielle Traumatisierung.⁴¹

Aus einer traumatischen Erfahrung können sich Traumafolgestörungen entwickeln. Diese werden nach ICD-10 als Störungen definiert, welche „immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas“³⁹ entstehen. Weiter wird beschrieben, dass „das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren {sind}, und die Störung ohne ihre Einwirkung nicht entstanden {wäre}“.³⁹ Zu den Traumafolgestörungen zählen: Die *akute Belastungsreaktion* (ICD-10: F43.0), die definiert ist als passagere Störung, welche bei einer Person, die nicht als manifest psychisch gestört gilt, auftritt und binnen Stunden bis Tagen wieder abklingt. Hierbei gibt es eine variable Ausprägung an Symptomen, die von einer gestörten Reizverarbeitung bis zur Desorientiertheit reichen können und oft mit vegetativer Symptomatik, wie Tachykardie, Angst und Schwitzen einhergehen können.³⁹

Anders als bei der akuten Belastungsreaktion, welche bereits kurz nach dem belastenden Ereignis eintritt, entsteht die *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* (ICD-10: F43.1) als verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Dabei zeigen sich als typische Symptomatik das wiederholte Erleben des Traumas in Form von wiederkehrenden Erinnerungen (Flashbacks, welche auf einen Schlüsselreiz erfolgen können), Träumen oder Alpträumen, sowie der Vermeidung von traumassozierten Stimuli, wie bestimmte Orte oder Gespräche.³⁹ Es kann auch zu dissoziativen Symptomen (wie beispielsweise Amnesie) Schlafstörungen und verstärkter vegetativer Übererregbarkeit kommen.⁴² Ferner kommt hinzu, dass die PTBS laut der S3-Leitlinie mit begleitenden Komorbiditäten vergesellschaftet ist. Bei Jugendlichen können das vor allem Angststörungen, Depressionen, suizidale Vorstellungen und Substanzabhängigkeit sein.⁴³

Eine weitere Traumafolgestörung kann die *Anpassungsstörung* (ICD-10 F43.2) sein. Diese zeichnet sich durch eine gestörte Anpassung an eine veränderte Lebenssituation (z. B. Trennung, Tod oder aber auch Flucht) aus. Hierbei stehen depressive Verstimmungen und Ängste im Vordergrund, aber auch Störungen des Sozialverhaltens können eine Rolle spielen. Individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität sind zudem von Bedeutung bei der Entstehung und Ausprägung dieses Störungsbildes.³⁹

Zuletzt sei die *andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung* (ICD-10 F62.0) als Traumafolgestörung genannt. Diese wird als Reaktion auf eine Belastung katastrophalen Ausmaßes (beispielsweise Folter, andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Lebensgefahr oder Erfahrungen in Konzentrationslagern) beschrieben und ist definiert als eine über mindestens zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung. Die Störung zeichnet sich meist durch sozialen Rückzug und eine misstrauische Haltung gegenüber anderen Menschen oder Dingen aus, sowie Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Leere, die mit gleichzeitig ständiger Anspannung einhergehen.³⁹

Wie bereits erwähnt, machen umF vor und während der Flucht oft potenziell traumatisierende Erfahrungen. Damit stellt sich die Frage, ob unbegleiteten Jugendlichen insgesamt einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen ausgesetzt ist. In einer repräsentativen Studie berichten Perkonig et al.⁴⁴, dass 25,5% der deutschen männlichen und 17,7% der weiblichen Befragten (zwischen 14 und 24 Jahren) einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, bei einer PTBS-Lebenszeitprävalenz von 1,3%. Die Übersichtsarbeit von Kien et al.¹⁵ zu verschiedenen europäischen Studien untersucht Prävalenzen für verschiedene psychische Erkrankungen unter jungen Geflüchteten. Diese sind demnach im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht. So wurde hinsichtlich der Prävalenz der PTBS aus 27 verschiedenen Studien ein Interquartilsabstand von 19-52.7 % und im Median ein Wert von 35.3% angegeben, wobei die Schwankungen durch Unterschiede in der Methodik der Arbeiten erklärt werden können.¹⁵ Des Weiteren zeigt sich in einer Übersichtsarbeit von Huemer et al.¹⁷, dass besonders für umF ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten besteht und dass diese häufiger traumatisierende Erfahrungen während der Flucht machten als begleitete Jugendliche. In einer vergleichenden Studie von Bean et al.⁴⁵ aus den Niederlanden sowie in der Übersichtsarbeit von Huemer et al.¹⁷ konnte zudem gezeigt werden, dass bei umF ein - im Vergleich zu begleiteten Geflüchteten und in Holland geborenen Jugendlichen - erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen, wie vor allem posttraumatische Belastungsstörungen, besteht.^{45,17} Zudem wurde festgestellt, dass weibliche umF öfter Traumafolgestörungen erleiden als männliche.¹⁷ Bean et al.⁴⁵ stellten dar, dass die Anzahl der erlebten negativen Lebensereignisse die Stärke der erlebten psychischen Belastung beeinflussen. Zudem birgt der Verlust des sozialen Umfelds und von Beziehungen zu Bezugspersonen den Wegfall wichtiger Schutzfaktoren gegen psychische Erkrankungen. Dennoch erleiden nicht alle Jugendlichen, die traumatisierende Erfahrungen machen, auch eine Traumafolgestörung, da es Schutz- und Risikofaktoren in Bezug auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen gibt. Darauf soll im Folgenden eingegangen werden.

2.3.3. Schutz- und Risikofaktoren

Dass Menschen unterschiedlich auf Lebensereignisse reagieren, spricht für das Vorhandensein von verschiedenen inneren wie äußeren Faktoren, die der Entwicklung von Traumafolgestörungen begünstigen oder erschweren. Die aktuelle S2k-Leitlinie zur „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“⁴¹ nennt einige Schutz- und Risikofaktoren, wobei hier Traumafolgestörungen und im Besonderen die Posttraumatische Belastungsstörung genannt werden. Hiernach wird zwischen

prätraumatischen-, peritraumatischen- und posstraumatischen Schutz- und Risikofaktoren unterschieden.

Für *prätraumatische Schutzfaktoren* sprechen beispielsweise ein stabiles soziales Umfeld mit sozialer Unterstützung und die psychische Gesundheit der Eltern.⁴¹

So scheinen hingegen *prätraumatische Risikofaktoren*, wie beispielsweise Missbrauch in der Kindheit, vorbestehende psychische Erkrankungen, oder die persönliche Neigung zur Selbstabwertung mit einem höheren Risiko für posttraumatische Störungen einherzugehen.⁴¹

Die Studie von Bean et al.⁴⁵ aus den Niederlanden zeigte zum Beispiel, dass umF häufiger negative Lebensereignisse erfahren als begleitete jugendliche Geflüchtete oder Jugendliche, welche in Holland geboren wurden. Als häufigste Ursache wurde dabei der Verlust eines geliebten Menschen angegeben.

Peritraumatische Schutzfaktoren hingegen bestünden beispielsweise in einer subjektiv hohen Selbstwirksamkeitserwartung. So kann ein bereits früher erlebtes bewältigtes traumatisches Ereignis die Selbstwirksamkeitserwartung bei erneutem Erleben verbessern.⁴¹

Zu den *peritraumatischen Risikofaktoren* zählen die Schwere des Traumas, einhergehend mit der subjektiv erlebten Lebensbedrohung, beziehungsweise starke emotionale Reaktionen auf das Erlebte. Außerdem wirkt sich ein stark empfundener Autonomieverlust negativ auf potenzielle Folgestörungen aus.⁴¹

Zu den *posttraumatischen Schutzfaktoren* werden unter anderem eine wahrgenommene soziale Unterstützung, der Schutz vor zusätzlichen Belastungen und ein hohes Kohärenzgefühl gezählt.⁴¹

Posttraumatische Risikofaktoren sind abhängig vom subjektiven Empfinden der Schwere des Traumas. Sie umfassten unter anderem anhaltenden Stress beziehungsweise anhaltende Symptome einer akuten Belastungsreaktion, ein aufrechterhaltendes Vermeidungsverhalten, eine depressive Symptomatik, sowie eine länger bestehende Dissoziationsneigung.⁴¹

Auch das Fehlen sozialer Unterstützung würde als Risikofaktor gewertet. Zudem können etwa ein Schädelhirntrauma oder andere schwere körperliche Verletzungen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sein.⁴³

Hodes et al.⁴⁶ konnten in einer Studie aus London zeigen, dass gerade umF aus Balkanländern oder afrikanischen Ländern besonders viele Verlusterfahrungen und Kriegstraumata aufwiesen. Risikofaktor für die Entstehung von psychischer Erkrankungen bildete hierbei ein ungünstiges Lebensumfeld mit wenig sozialer Unterstützung.⁴⁶ Zusätzlich kommt erschwerend und möglicherweise destabilisierend hinzu, dass umF sich als Adoleszente in einem von kognitiven, emotionalen und körperlichen Veränderungen geprägten Entwicklungsprozess befinden.

2.3.4. Adoleszenz

Adoleszenz beschreibt die Entwicklungsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter etwa zwischen 11 und 21 Jahren.⁴⁷ Hierbei kommt es zu einer Reihe von Veränderungen, welche sowohl auf biologischer-hormoneller als auch auf sozialer- und emotionaler Ebene stattfinden.⁴⁸ So ändern sich mit dem Übergang ins Erwachsenenleben auch die Erwartungen auf soziokultureller Ebene, die an Jugendliche gestellt werden. Der Einfluss von Gleichaltrigen wird immer wichtiger und löst die Rolle der Eltern und Familie nach und nach ab.⁴⁷ Eine Studie von Konrad et al.⁴⁹ geht davon aus, dass sich in der Adoleszenz neurologisch ein Ungleichgewicht zwischen Steuerungsfunktionen im präfrontalen Kortex und emotional-motivational assoziierte Stimuli im limbischen System zugunsten des limbischen Systems ausbildet. Damit sind die bei Jugendlichen zu beobachtenden Motivations- und Stimmungsschwankungen zu erklären. Das Zusammenwirken von Umbauprozessen im Gehirn sowie die erhöhte Anforderung der Umwelt an die Jugendlichen mag eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von psychischen Störungen in der Adoleszenz spielen.⁴⁷

UmF befinden sich also unter potentiell traumatisierenden Erfahrungen zusätzlich erschwerend in einer Entwicklungsphase, die sie per se vulnerabel für psychische Erkrankungen macht.

Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer beschreibt in ihrem Buch zu „Trauma und Entwicklung“⁵⁰, wie früher erlebte traumatische Erfahrungen zu anhaltenden Prägungen führen können. Die Adoleszenz ist demnach bei Jugendlichen eine besondere Phase, eine „Zeit zwischen Wiederholung und Neuschöpfung“⁵⁰. Selbstverletzendes Verhalten wird damit als eine Tendenz erklärt, traumatische Szenarien aktiv wiederherzustellen.

Zusammenfassend wird damit deutlich, warum umF zum einen aufgrund ihrer Lebensgeschichte und zum anderen aufgrund ihres Entwicklungsalters eine besondere Risikogruppe für psychische Störungen bilden.

Diese Arbeit untersucht, wie emotional belastet sich diese Jugendlichen subjektiv fühlen. Zusätzlich soll untersucht werden, wie Betreuer*innen die psychische Belastung der Jugendlichen einschätzen. Dazu wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt.

2.4 Hypothesen

Mittels zweier standardisierter Fragebögen wird die Selbsteinschätzung der umF mit der Fremdeinschätzung durch Betreuer*innen in Jugendhilfeeinrichtungen verglichen. Die

unzureichende kulturelle und sprachliche Sensibilität derzeit verfügbarer Fragebögen macht es schwierig, valide Ergebnisse zu erzielen.⁵¹ Zudem wurden bis jetzt nur wenige Messinstrumente für die Gruppe der umF validiert.⁵² Zur Selbsteinschätzung wurde der sogenannte Brief Symptom Checklist (BSCL)¹-Fragebogen verwendet. Die Fremdeinschätzung wurde anhand des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL)² erfasst, welcher bereits zur Verwendung bei umF von Rassenhofer et al. ⁵² validiert wurde.

Nach dem aktuellen Stand der Forschung haben umF ein erhöhtes Risiko für psychische Beeinträchtigungen. Die vorliegende Arbeit soll Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdurteil erfassen. Zunächst soll die allgemeine psychische Belastung erfasst werden und im Weiteren auf die Ausprägung verschiedener Symptome der psychischen Belastung eingegangen werden. Weiterführend wird beleuchtet, wie verschiedene Einflussfaktoren, wie etwa die COVID19-Pandemie, die jeweiligen Aufenthaltstitel der Studienteilnehmer*innen oder eine etwaige psychotherapeutische Behandlung Einfluss auf die psychische Belastung haben. Hierzu werden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

Erste Hypothese:

Unbegleitet geflüchtete Jugendliche liegen als vulnerable Gruppe über dem Grenzwert hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung.

Zusätzlich soll die Selbsteinschätzung der Jugendlichen mit der Fremdeinschätzung ihrer Betreuer*innen verglichen werden und als folgende Hypothese formuliert werden:

Zweite Hypothese:

Selbst- und Fremdeinschätzung korrelieren miteinander.

Weiterführend soll gezeigt werden, wie Betreuer*innen das Verhalten der umF einschätzen, wobei internalisierende und externalisierende Verhaltensweisen getrennt voneinander betrachtet werden. Damit ergibt sich:

Dritte Hypothese:

Es gibt Unterschiede bei Merkmalen, die im CBCL-Fragebogen als internalisierend versus externalisierend beschrieben werden.

Neben den bereits erwähnten Risikofaktoren bedingt die Covid-19-Pandemie seit Anfang 2020 starke Einschränkungen und Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens von Jugendlichen.⁵³ Die Schließung von Schulen sowie die zeitweilige Schließung von

Geflüchtetenunterkünften dürften eine weitere erhebliche psychische Belastung für die umF bedeutet haben, u. a. durch den Wegfall sozialer Unterstützung durch die Kontaktbeschränkungen. Daraus ergibt sich:

Vierte Hypothese:

Die Grenzwerte der psychischen Belastung vor Corona sind niedriger als die der psychischen Belastung während Corona.

Die unklaren Zukunftsaussichten, etwa hinsichtlich des erwarteten Aufenthaltstitels, dürften die Jugendlichen zusätzlich psychisch belasten. Um dies zu überprüfen, wurde eine weitere Hypothese entwickelt:

Fünfte Hypothese:

Betroffene mit unsicherem Aufenthaltsstatus haben eine höhere psychische Belastung in der Selbst- und Fremdbeurteilung als mit gesichertem Aufenthaltsstatus.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob und in welcher Form umF bereits Hilfsangebote in Anspruch genommen haben und inwiefern sich dies auf die psychische Belastung der Jugendlichen auswirkt. Die könnte für mögliche Behandlungsansätze wichtig sein. Somit lautet die abschließende Hypothese:

Sechste Hypothese:

Es gibt Unterschiede in der psychischen Belastung bei umF, die sich zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung befanden und welchen ohne psychotherapeutische Behandlung.

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Es handelt sich bei der Studie um eine epidemiologische Untersuchung. Hierbei erfolgten die Befragungen über Fragebögen, die sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz in Wuppertal des Sana-Klinikum Remscheid, als auch in verschiedenen Schulen, dem im Berufskolleg Kreis Höxter in Brakel sowie in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Bayern durchgeführt wurden. Das Studienprotokoll wurde vor der Durchführung der Studie von der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein geprüft und genehmigt. Die Befragungen erfolgten durch Testassistent*innen des Sana-Klinikum Remscheid sowie durch die Doktorandinnen Silke Rosenbusch und Florentine Löwer.

Es wurden sowohl Jugendliche als auch deren Betreuer*innen befragt, um Rückschlüsse über das Selbst- und Fremdurteil zur allgemeinen psychischen Belastung ziehen zu können. Da die Doktorarbeit im Rahmen einer Studie zum Thema „Häufigkeit von Substanzkonsum, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit von jugendlichen Geflüchteten in Deutschland“ stattfand, erhielten die Jugendlichen zunächst einen Fragebogen mit Angaben zu ihren persönlichen Daten (z.B. Herkunftsland, Muttersprache, Religion oder Aufenthalt in Deutschland) sowie Fragen zu Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum in den letzten drei Monaten. Anschließend folgte die Einschätzung der allgemeinen psychischen Belastung über den Fragebogen Brief-Symptom-Checklist.¹ Hierbei wurden 53 Items zu körperlichen und psychischen Symptomen erfasst. Bei bejahtem Alkohol-, Tabak- oder Drogenkonsum in den vergangenen drei Monaten wurden hierzu weitergehend spezifische Fragebögen ausgehändigt.

Die Betreuer*innen erhielten zur Fremdeinschätzung zwei Fragebögen. Im ersten wurde die Einschätzung zu persönlichen Daten, Ausbildung der Jugendlichen, aktuellem Substanzkonsum und Konsum im Herkunftsland erfragt. Zudem erfolgte eine Einschätzung der psychischen und emotionalen Belastungen durch den sogenannten Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/6-18R.² Dieser Fragebogen enthält insgesamt 118 Items.

Zunächst wurden vor Durchführung der Befragungen telefonisch oder schriftlich allgemeine Informationen über die Studie an potentielle Teilnehmer*-, Vormund*- und Betreuer*innen übermittelt. Bei Interesse an einer Teilnahme erfolgte eine schriftliche Einwilligungserklärung von Seiten der Jugendlichen und deren Vormund*innen beziehungsweise Betreuer*innen. Die Proband*innen wurden hierbei zum einen direkt über die Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz des Sana-Klinikum Remscheid rekrutiert. Die Ambulanz hat den Behandlungsschwerpunkt „Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen“, sodass die Sekretär*innen der Ambulanz die Patientenakten hingehend der spezifischen Ein- und

Ausschlusskriterien prüfen konnten und gegebenenfalls eine potenzielle Teilnahme in der Akte vermerken konnten. Behandler*innen hatten somit die Möglichkeit, Patient*innen bei einem Termin über die Studie zu informieren und bei Interesse eine Befragung zu vereinbaren. Zum anderen wurden telefonisch und schriftlich verschiedene Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland kontaktiert und über die Studie informiert. Bei Interesse und Aufklärung der Teilnehmer*innen über die Studie erfolgte ein Besuch in der jeweiligen Einrichtung mit Durchführung der Befragungen durch die Doktorandinnen Silke Rosenbusch und Florentine Löwer. Die Gesamtdauer der Befragung betrug ca. 25-60 Minuten pro Proband*in, sowie ca. 20-25 Minuten pro Betreuer*in. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Als Voraussetzung für die Teilnahme mussten eine schriftliche Einverständniserklärung der Jugendlichen und bei Minderjährigkeit auch von deren Vormund*innen vorgelegt werden. Während der Befragung standen die Versuchsleiter*innen für mögliche Fragen hinsichtlich des Verständnisses zur Verfügung. Die Teilnahme an der Studie konnte ohne Angabe von Gründen jederzeit abgebrochen werden. Nach Durchführung der Befragungen wurden die persönlichen Daten der Teilnehmer*innen vollständig pseudonymisiert. Hierbei wurde jedem Fragebogen eine Nummer zugeteilt, sodass später nach der Datenkodierung keine Rückschlüsse auf persönliche Angaben oder die Identität der Teilnehmer*innen gezogen werden konnten. Insgesamt wurden 146 Jugendliche um eine Teilnahme gebeten. Von diesen lehnten 41 die Teilnahme an der Studie ab, drei weitere wurden aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse von der Studie ausgeschlossen, sodass insgesamt ein Datensatz von 102 Befragungen in die Auswertung einging. Nach Abschließung der Datenerhebung erfolgte eine statistische Auswertung der Daten mit Hilfe des Programmes IBM SPSS.Statistics (Version 25).⁵⁴

Abbildung 1. aus Studienprotokoll „Häufigkeit von Substanzkonsum, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei jugendlichen Flüchtlingen in Deutschland.“

Zeitlicher Ablauf für jugendliche StudienteilnehmerInnen

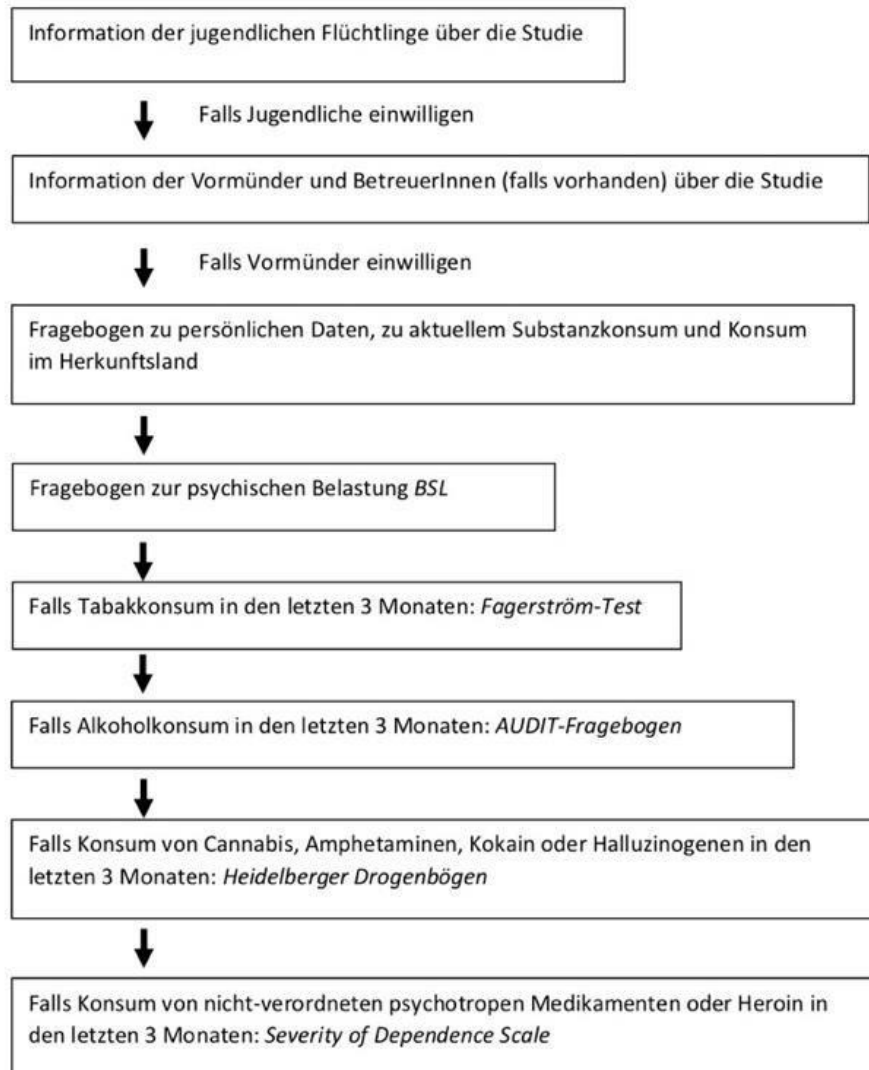
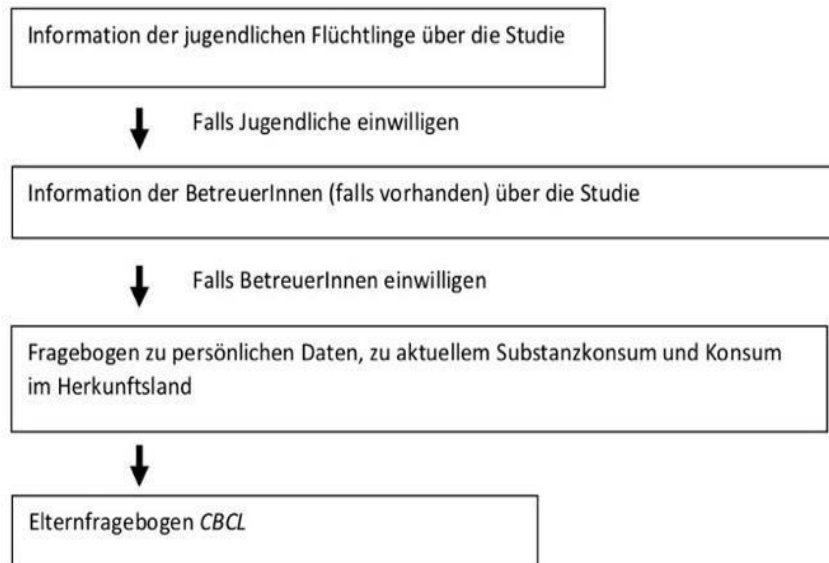


Abbildung 2. aus Studienprotokoll "Häufigkeit von Substanzkonsum, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei jugendlichen Flüchtlingen in Deutschland."

Zeitlicher Ablauf für BetreuerInnen



3.2 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien der Studie

Die Stichprobe umfasste insgesamt 102 unbegleitet geflüchtete Jugendliche. Dabei nahmen 93 männliche, sowie 9 weibliche Jugendliche an der Studie teil.

Um an der Studie teilnehmen zu können, wurden einige Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt. Folglich wurden nur Proband*innen befragt, welche folgende Kriterien erfüllten:

Einschlusskriterien:

- Flucht aus einem außereuropäischen Staat nach Deutschland
- Unbegleitet geflüchtete Jugendliche
- Alter zwischen 16 und 21 Jahren
- Aufenthaltsdauer von mindestens 18 Monaten in Deutschland
- Ausreichende Deutschkenntnisse

Ausschlusskriterien:

- Alter < 16 oder Alter > 21 Jahre
- Aktuelle schwere depressive Episode oder Psychose

3.3 Fragebogen zu allgemeinen Angaben

Zunächst wurde ein Fragebogen zu allgemeinen Angaben ausgehändigt. Dieser Fragebogen beinhaltete Angaben zu Herkunft, Länge des Aufenthalts in Deutschland, Aufenthaltsstatus, Religiosität, Ausbildung, Konsum von Alkohol, Zigaretten, Drogen, Medikamente.

Weiterführend wurden Angaben zu psychiatrischer/psychotherapeutischer Betreuung aktuell oder in der Vergangenheit erfragt. Ein Fragebogen zu den gleichen Kategorien in der Fremdbeurteilung wurde an die Betreuer*innen vergeben. Hierbei wurden sowohl qualitative Merkmale, beispielsweise in numerischer Form (Schulbesuch: Ja/Nein), als auch ordinale Kategorien (z.B. Beurteilung der Deutschkenntnisse durch Betreuer*innen als „sehr gut“, „gut“, „ausreichend“, „schlecht“ oder „nicht vorhanden“) abgefragt. Des Weiteren beinhaltete der Fragebogen quantitative Merkmale, wie beispielsweise das Alter der Teilnehmer*innen oder die Dauer des Aufenthalts in Deutschland.

3.4 BSCL- und CBCL- Fragebögen als Messinstrumente der psychischen Belastung

Nach Erfassung allgemeiner persönlicher Daten erfolgte die Aushändigung von Fragebögen zur allgemeinen psychischen Belastung. Zur Erfassung wurden hierbei zwei standardisierte Fragebögen verwendet.

Die Selbsteinschätzung der Jugendlichen erfolgte über den Brief Symptom Checklist (BSCL)¹ – Fragebogen des Hogrefe Verlags. Hierbei wurden insgesamt 53 Items zu körperlichen und psychischen Symptomen innerhalb der letzten sieben Tage abgefragt. Dabei wurden bestimmte Symptome abgefragt, welche jeweils mit einer 5-Punkt Likert-Skala („gar nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ oder „sehr stark“) beantwortet werden konnten. Die psychische Belastung wird über neun Unterskalen erfasst. Diese beinhalten: Aggressivität/Feindseligkeit, Angst, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit.

Daneben wird der sogenannte Global Severity Index (GSI) gemessen. Als überdurchschnittlich psychisch belastet gelten Personen ab einem T-Wert von >60. Personen mit einem GSI- T-Wert von >63 oder mit mindestens zwei Unterskalen mit einem T-Wert >63 gelten als klinisch auffällig.¹ Diese Werte gehen auf eine repräsentative

Normstichprobe deutschsprachiger Erwachsener der Altersgruppe 16-24, erhoben von den Verfassern des Fragebogens, zurück. Für den Fragebogen in deutscher Version zeigte sich ein zufriedenstellender Koeffizient für interne Konsistenz ($\alpha = .97$)¹. Die interne Konsistenz der Unterskalen reicht von akzeptabel ($\alpha = .72$) bis gut ($\alpha = .88$) und auch die Test-Retest-Reliabilität der Skalen erwies sich als befriedigend¹, weshalb die Verwendung dieses Fragebogens in der vorliegenden Arbeit als sinnvoll erachtet wurde.

Zur Beurteilung der Fremdeinschätzung wurde der sogenannte Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/6-18R² verwendet. Dieser Fragebogen enthält insgesamt 118 Items und wurde von Betreuer*innen in den Wohngruppen bearbeitet. Der Fragebogen erfasst Einschätzungen von Erziehungsberechtigten hinsichtlich der Probleme und Kompetenzen ihrer Kinder. Bei der Auswertung werden Unterskalen zu sozialem Rückzug, körperlichen Beschwerden, Angst/Depressivität, sozialen Problemen, sowie schizoides/zwanghaftes Verhalten berücksichtigt. Aus den Syndromskalen werden weiterhin Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten im Fremdurteil gebildet. Hierbei wird die Skala zu internalisierendem Verhalten aus den Unterskalen von sozialem Rückzug, Angst/Depressivität und körperliche Beschwerden gebildet. Externalisierendes Verhalten vereint Werte der Unterskalen von aggressivem- und dissozialem Verhalten. Es werden Symptome abgefragt, welche in den letzten sechs Monaten zu beobachten waren und diese jeweils nach Intensität von 0 (gar nicht zu beobachten) über eins (manchmal zu beobachten) bis zwei (häufig zu beobachten) mit der jeweils zutreffenden Ziffer markiert. Die deutsche Version des Fragebogens zeigte eine hervorragende interne Konsistenz ($\alpha = .93$). Die beiden Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten wiesen zudem gute interne Konsistenz auf (Internalisierende Probleme: $\alpha = .82$, externalisierende Probleme: $\alpha = .88$). Innerhalb der Unterskalen der einzelnen Symptome ergab sich eine variable Konsistenz von gering (Schizoid/Zwanghaft: $\alpha = .59$) bis zu gut (Aggressives Verhalten: $\alpha = .84$).² Für die Gesamtskala, wie auch für die beiden Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten gelten erreichte T-Werte von mehr als 60 als überdurchschnittlich. T-Werte > 63 werden als klinisch auffällig kategorisiert. Hinsichtlich der Unterskalen werden T-Werte von 65-69 als überdurchschnittlich hoch betrachtet. T-Werte > 70 werden als klinisch auffällig betrachtet.² Für die Normierung wurde eine repräsentative Stichprobe bundesweit ermittelt.² Der Fragebogen wurde zur Einschätzung der psychischen Belastung im Fremdurteil durch Betreuer*innen bei umF in einer Studie von Rassenhofer et. al validiert.^{52;20} Sowohl der BSCL-, als auch der CBCL- Fragebogen wurden in deutscher Sprache ausgefüllt, allerdings waren bei Verständnisschwierigkeiten neben der deutschen Version auch BSCL-Fragebögen auf Englisch, Französisch, Italienisch, Dari und Arabisch vorhanden.

3.5 Statistische Analysen

Die Daten wurden zunächst in eine Excel-Tabelle übertragen und anschließend mit dem Programm IBM SPSS Statistics ⁵⁴ weiterverarbeitet. Zur Auswertung der Daten wurden unter anderem deskriptive statistische Mittel angewendet. Zur Stichprobenbeschreibung wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Häufigkeitsverteilungen betrachtet.

Zur Beurteilung der *ersten Hypothese: „Unbegleitet geflüchtete Jugendliche liegen als vulnerable Gruppe über dem Grenzwert hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung“* wurden zunächst die Mittelwerte der Rohwerte der beiden Fragebögen gebildet und zur besseren Vergleichbarkeit jeweils zusätzlich der Mittelwert für T-Werte des BSCL-Fragebogens und T-Werte des CBCL-Fragebogens anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Normtabellen ermittelt.

Um die *zweite Hypothese: „Selbst und Fremdeinschätzung korrelieren miteinander“* testen zu können, erfolgte die Berechnung der Korrelationen von Angaben zu psychischer Belastung im Selbst- und Fremdurteil über den Pearson Korrelationskoeffizienten. Hierbei wurden jeweils die Rohwerte des BSCL- und CBCL-Fragebogens miteinander korreliert, sowie einzelne Unterskalen der beiden Fragebögen.

Um die *dritte Hypothese: „Es gibt Unterschiede bei Merkmalen, die im CBCL-Fragebogen als internalisierend versus externalisierend beschrieben werden.“* überprüfen zu können, wurden die Mittelwerte der Unterskalen des CBCL-Fragebogens zu „Externalisierende Auffälligkeiten“, „Dissoziales Verhalten“, „Aggressives Verhalten“ berechnet und anschließend nach Pearson korreliert. Zusätzlich wurde der Mittelwert zur Unterskala „Ängstliche Depressiv“ berechnet.

Des Weiteren wurde die *vierte Hypothese: „Die Grenzwerte der psychischen Belastung vor Corona sind niedriger als die der psychischen Belastung während Corona“* geprüft. Hierfür wurden die zum jeweiligen Zeitpunkt erhobenen Fragebögen des BSCL- und CBCL-Fragebogens über ANOVA-Varianzanalyse getestet. Anschließend wurde die Effektstärke über Eta-Quadrat berechnet.

Zur Überprüfung der *fünften Hypothese: „Betroffene mit unsicherem Aufenthaltsstatus haben eine höhere psychische Belastung in der Selbst- und Fremdbeurteilung als mit gesichertem Aufenthaltsstatus“* wurden jeweils Mittelwerte zu „Aufenthaltsdauer“, „Alter“ und der jeweiligen Selbst- und Fremdeinschätzung miteinander nach Pearson korreliert. Zusätzlich

erfolgten Tests über Varianzanalyse und Tests der Zwischensubjekteffekte zu Aufenthaltssicherheit und den jeweiligen Fragebögen.

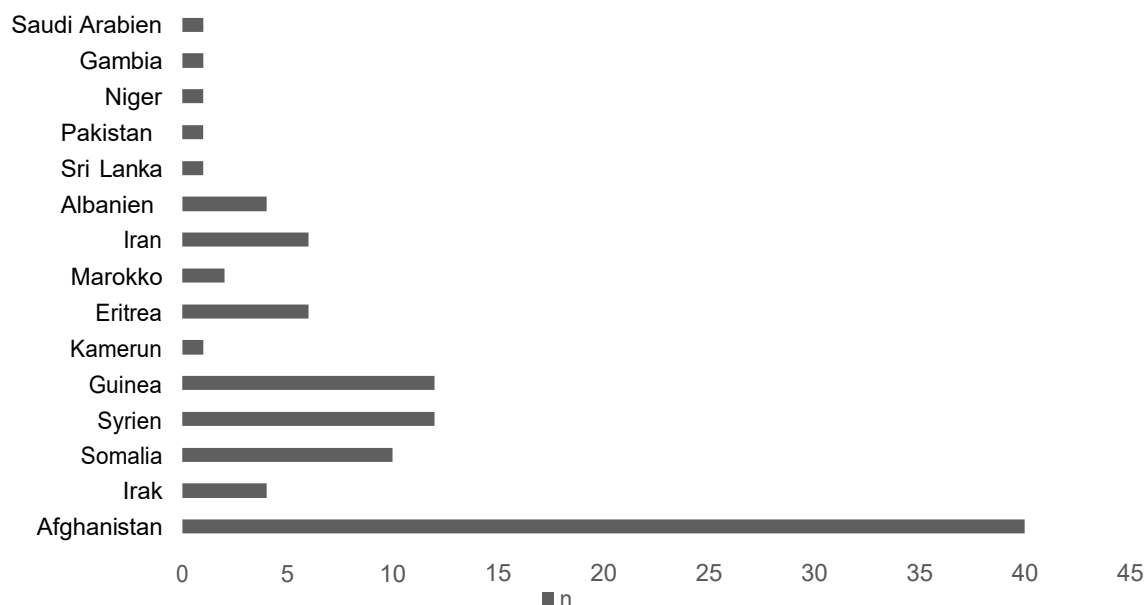
Die letzte und damit *sechste Hypothese*: „*Es gibt Unterschiede in der psychischen Belastung bei umF, die sich zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung befanden und welchen ohne psychotherapeutische Behandlung*“ wurde über einfaktorielle ANOVA getestet und im Anschluss mittels Post hoc Test Fisher-Least significant difference (LSD) überprüft.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt erfüllten 102 Proband*innen die Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie. Von diesen zog niemand die Einverständniserklärung an der Studie zurück und alle 102 Bögen gingen in die Auswertung mit ein. Es handelte es sich bei den Proband*innen um 9 weibliche und 93 männliche Geflüchtete. Während der Datenerhebung wurden 69 (68%) der Teilnehmer*innen in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Sana-Klinikum Remscheid, 21 (21%) in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen und Wohngruppen in ganz Deutschland sowie 11 (11%) im Berufskolleg Kreis Höxter in Brakel befragt. Bezüglich der Herkunft der Jugendlichen ergab sich ein heterogenes Bild, 40 (39%) der 102 Teilnehmer*innen stammten aus Afghanistan, je 12 (12%) aus Syrien und Guinea und 38 (37%) aus anderen Herkunftsländern (siehe Abbildung 3). Die Verteilung der Herkunftsländer war ähnlich wie in einem aktuellen Bericht des Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (Bumf) von 2020, die ebenfalls Afghanistan und Syrien als häufigste Herkunftsländer von umF nannten.⁵⁵

Abbildung 3. Herkunftsländer der Studienteilnehmer*innen.



Anmerkung. n= 102

Es bestand unter den Teilnehmer*innen eine Altersspanne von 16 bis 21 Jahren, wobei das Durchschnittsalter 18.2 Jahre (*SD* 1.3) betrug. Angaben zu Alter, Aufenthaltsdauer, Geschlecht sind unter anderem aus Tabelle 2 zu entnehmen. Von allen Proband*innen,

welche an der Studie teilnahmen, gaben insgesamt 96 (94%) an, in die Schule zu gehen oder sich in Ausbildung zu befinden. Hierbei befanden 39 der 53 befragten Betreuer*innen (77%) den Schulbesuch in der Fremdeinschätzung als regelmäßig. Weitere 6 (12%) nannten einen unregelmäßigen Schulbesuch und 6 (12%) gingen von keinem Schulbesuch aus.

Ein Großteil der Teilnehmer*innen (84%) gab an, dem muslimischen Glauben anzugehören. Weitere sieben (7%) bezeichneten sich jeweils als konfessionslos oder christlichen Glaubens. Zwei der 102 Teilnehmer*innen gehörten der ethno-religiösen Gruppe der Jesiden an.

Neben der Betrachtung von Alter, Geschlecht, Ausbildung, Religionszugehörigkeit wurde auch nach der Aufenthaltsdauer in Deutschland (Tabelle 2) und dem Aufenthaltsstatus gefragt (siehe Abbildung 4). Im Durchschnitt befanden sich die Jugendlichen bereits 3.2 Jahre (*SD* 1.2) in Deutschland. Die aus Abbildung 4 zu entnehmenden verschiedenen Aufenthaltstitel zeigen, dass 34 (33%) der Proband*innen eine Duldung, 31 (30%) einen befristeten Aufenthaltstitel besaßen. Weitere 6 (6%) standen unter sogenanntem subsidiärem Schutz und 9 (9%) verfügten über eine Aufenthaltsgestattung. Drei der 102 befragten Teilnehmer*innen besaßen zum Zeitpunkt der Befragung keine gültige Aufenthaltsgenehmigung.

Da sich die *fünfte Hypothese* mit dem Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und psychischer Belastung befasst, wird im Abschnitt 4.6 „Psychische Belastung und Aufenthaltsstatus“ noch einmal genauer auf die verschiedenen Aufenthaltstitel eingegangen.

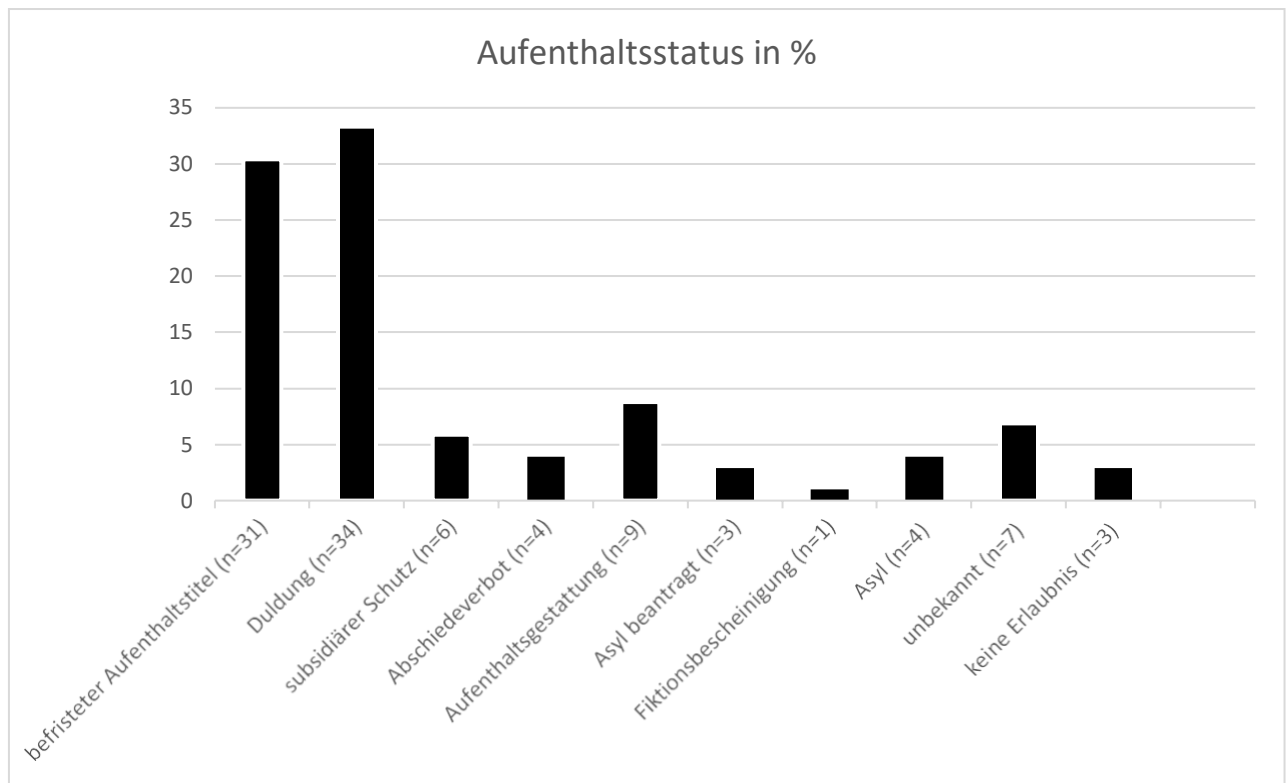
Darüber hinaus wurde erfragt, ob sich die Teilnehmer*innen aktuell oder in der Vergangenheit in Psychotherapie befanden. Hierbei zeigte sich, dass sich 66 Proband*innen (65%) aktuell in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Weitere 18 (18%) hatten eine Psychotherapie in der Vergangenheit in Anspruch genommen. Sechzehn Teilnehmer*innen (16%) waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht in psychotherapeutischer Behandlung. Auch dieser Aspekt wird unter 4.7 zur Untersuchung der *sechsten Hypothese* „*Es gibt Unterschiede in der psychischen Belastung bei umF, die sich zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung befanden und welchen ohne psychotherapeutische Behandlung*“ beleuchtet.

Tabelle 2. Stichprobenbeschreibung und Eigenschaften der Proband*innen.

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	18,2	1,3
Aufenthaltsdauer (Jahre)	3,2	1,2
	<i>n</i>	%
Geschlecht		
weiblich	9	8,8
männlich	93	91,2
Religionszugehörigkeit,		
konfessionslos	7	6,9
Christ*in	7	6,9
Muslim*a	86	84,3
Jeside*in	2	2
Schulbesuch/Ausbildung		
Angaben der Jugendlichen		
Teilnehmer*innen (<i>n</i> =102)		
ja	96	94,1
nein	6	5,9
Angaben der Betreuer*innen (<i>n</i> =53)		
kein Schulbesuch	6	11,8
unregelmäßiger		
Schulbesuch	6	11,8
regelmäßiger		
Schulbesuch	39	76,5
Psychotherapeutische		
Behandlung		
ja, in der	18	17,6
Vergangenheit		
ja, aktuell	66	64,7
nein	16	15,7
fehlend	2	2

Anmerkung. In der Selbstbeurteilung der Teilnehmer*innen betrug *n* = 102. In der Fremdbeurteilung der Betreuer*innen betrug *n*=53.

Abbildung 4. Häufigkeiten der verschiedenen Aufenthaltstitel der Studienteilnehmer*innen(n=102)



4.2 Psychische Belastung in der Selbst- und Fremdbeurteilung

Zur Beurteilung der allgemeinen psychischen Belastung wurde jeweils die Selbstbeurteilung im Brief Symptom Checklist-Fragebogen (BSCL)¹ sowie die Fremdbeurteilung im sog. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/6-18R² betrachtet.

In die Analyse gingen 101 Fälle des BSCL-Fragebogens (bei einem Fragebogen fehlte die Antwort), sowie 53 der CBCL-Fragebögen mit ein. Dabei wurden zur besseren Vergleichbarkeit der Verteilung der Werte jeweils die T-Werte bestimmt. Für die Selbstbeurteilung wurden hierbei Werte der Altersgruppe 16-24 betrachtet. GSI T- Werte von 40 bis 60 zählen als durchschnittlich, T-Werte größer als 60 gelten als überdurchschnittlich hoch. Die allgemeine psychische Belastung nach dem BSCL-Fragebogen kann als grenzwertig hoch beschrieben werden, im Mittelwert betrugen die GSI T-Werte in der Selbstbeurteilung für den BSCL-Fragebogen 60 (*SD* 9.6). Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der T-Werte für die einzelnen Befragungen zeigte sich, dass 60 (59%) der 101 befragten Teilnehmer*innen überdurchschnittlich stark psychisch belastet waren. 43 (43%) der Teilnehmer*innen zeigten einen GSI -T-Wert >63 und 22 (22%) zeigten T-Werte >63 in mindestens zwei Unterskalen. Somit wiesen 65 (64%) der umF eine klinisch auffällige psychische Belastung oder Psychopathologie auf.

Wie aus der Tabelle 3 zu entnehmen ist, lassen sich beide Bögen jeweils in weitere Unterskalen unterteilen. Hierbei wird der BSCL-Fragebogen zur Erfassung der Selbstbeurteilung in folgende neun Unterskalen geteilt:

Aggressivität/Feindseligkeit, Angst, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Zwanghaftigkeit.

Dort zeigten sich die Mittelwerte der T-Werte der einzelnen Skalen im oberen Durchschnitt. Besonders bei der Unterskala „Angst“ wurde ein überdurchschnittlich hoher mittlerer T-Wert von 61.2 (*SD* 11.5) erhoben. Daneben zeigten die Unterskalen „Somatisierung“ (mittlerer T-Wert 59.8, *SD* 10.8) und „Phobische Angst“ (mittlerer T-Wert 59.1, *SD* 10.9) grenzwertig hohe Werte. Insgesamt zeigten 54 (53%) der Jugendlichen einen T-Wert >63 (und somit klinisch auffällig) bei der Unterskala „Angst“ sowie weitere 54 (53%) bei der Unterskala „Somatisierung“ und 48 Teilnehmer*innen (48%) bei der Unterskala „Phobische Angst“. Der niedrigste Wert wurde bei der Unterskala „Aggressivität“ (mittlerer T-Wert 54.5, *SD* 10.2) erzielt.

Für den CBCL-Fragebogen betrugen die T-Werte im Mittelwert 61.7 (*SD* 10.7). Auch hier zählen T-Werte größer 60 als überdurchschnittlich hoch belastet. Auf die beiden Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten wird unter 4.3 noch genauer eingegangen. Insgesamt beurteilten Betreuer*innen 24 umF (45%) als klinisch auffällig (mit einem Gesamt-T-Wert > 63), weitere acht umF (8%) zeigten überdurchschnittliche T-Werte in der Fremdbeurteilung (60-63). Somit zeigten mehr als die Hälfte der Jugendlichen (53%) überdurchschnittlich hohe Werte psychischer Belastung. Die *erste Hypothese*, die besagt, dass Jugendliche mehrheitlich über den Grenzwerten für psychische Belastung liegen, kann somit angenommen werden und H_0 verworfen werden. In der Fremdbeurteilung beziehungsweise dem CBCL-Fragebogen zeigten sich die T-Werte mit 61.7 als überdurchschnittlich hoch. Betreuer*innen schätzten die Teilnehmer*innen somit eher als stark psychisch belastet ein.

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen für die T-Werte der Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen.

Der Fremdbeurteilungsbogen (CBCL) lässt sich in die Unterskalen:

Sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme sowie schizoides/zwanghaftes Verhalten unterteilen.

Bei genauerer Betrachtung der Unterskalen des CBCL-Fragebogens lässt sich erkennen, dass hier einige Skalen über dem Durchschnitt liegen. Vor allem wurden Jugendliche mehrheitlich als überdurchschnittlich hoch zu den Skalen „körperliche Beschwerden“ ($M=65.2$; $SD=9.2$), „Ängstlich Depressiv“ ($M=65.4$; $SD=9.8$) eingeschätzt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. T-Werte der Selbst- und Fremdbeurteilung sowie der jeweiligen Unterskalen.

T-Werte Gesamtscore		M	SD		
BSCL-Fragebogen		60.00	9.6		
CBCL- Fragebogen		61.68	10.66		
Unterskalen beider Fragebögen im Vergleich.					
BSCL- Fragebogen			CBCL-Fragebogen		
Unterskalen	M	SD	Unterskalen	M	SD
Aggressivität/ Feindseligkeit	54.5	10.3	sozialer Rückzug	60.7	9.7
Angst	61.2	11.5	körperliche Beschwerden	65.2	9.2
Depressivität	58.1	8.7	Ängstlich Depressiv	65.4	9.8
Paranoides Denken	58.2	10.7	soziale Probleme	55.7	8.5
Phobische Angst	59.1	10.9	Schizoid Zwanghaft	64.4	10.5
Psychotizismus	56.2	8.3	Aufmerksam- keitsprobleme	61.0	10.1
Somatisierung	59.8	10.8	Dissoziales Verhalten	56.8	7.8
Unsicherheit	56.4	10.4	aggressives Verhalten	54.6	7.7
Sozialkontakt			internalisierende Auffälligkeiten	65.3	9.7
Zwanghaftigkeit	56.3	10.8	externalisierende Auffälligkeiten	52.2	10.8

Anmerkung. n=101 für BSCL und n=53 für CBCL.

4.3 Internalisierendes und Externalisierendes Verhalten in der Fremdbeurteilung der Betreuer*innen (CBCL Fragebogen)

Die Unterskalen des Fremdbeurteilungsbogen (CBCL) wurden jeweils zu Skalen von internalisierendem und externalisierendem Verhalten gegliedert. Zu den internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wurden die Skalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich Depressiv“ und „Soziale Probleme“ zusammengefasst.

Zu den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wurden die Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ gebündelt.

Es zeigte sich, wie aus Tabelle 3 zu entnehmen ist, dass die T-Werte für die Skala „internalisierendes Verhalten“ mit einem Mittelwert von 65.3 (*SD* 9.7) weitaus höher lagen als die für die Skala „externalisierendes Verhalten“, die einen Mittelwert von 52.2 (*SD* 10.8) aufwiesen. Auch hierbei gelten T-Werte über 60 als überdurchschnittlich hoch, T-Werte >63 als klinisch auffällig.² Unterschiede im Auftreten von internalisierendem und externalisierendem Verhalten der Jugendlichen wurden von den Betreuer*innen eindeutig beobachtet. Dabei lässt sich feststellen, dass Studienteilnehmer*innen aus Sicht der Betreuer*innen überdurchschnittlich stark internalisierendes Verhalten, wie beispielsweise sozialen Rückzug oder ängstlich-depressives Verhalten aufwiesen. Externalisierendes Verhalten, wie Aggression, dissoziales Verhalten wurde hingegen seltener von Seiten der Betreuer*innen beobachtet und zeigte keine auffälligen T-Werte.

4.4 Korrelation zwischen Selbst- und Fremdurteil (BSCL- und CBCL-Fragebogen)

Die Korrelation zwischen Selbst- und Fremdurteil wurde anhand der Korrelation nach Pearson berechnet. Es konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang der BSCL-Rohwerte und CBCL-Rohwerte mit $r = .34$ und $p = .015$ nachgewiesen werden. Die zweite Hypothese, die davon ausgeht, dass Selbst- und Fremdurteil miteinander korrelieren, kann somit angenommen werden. Eine hohe Beurteilung der psychischen Belastung im Gesamtwert in der Selbsteinschätzung ging somit mit einer hohen Belastung in der Fremdeinschätzung einher.

Zur Einschätzung des Zusammenhangs der einzelnen Unterskalen beider Bögen wurden jeweils die verschiedenen Skalen nach Pearson korreliert.

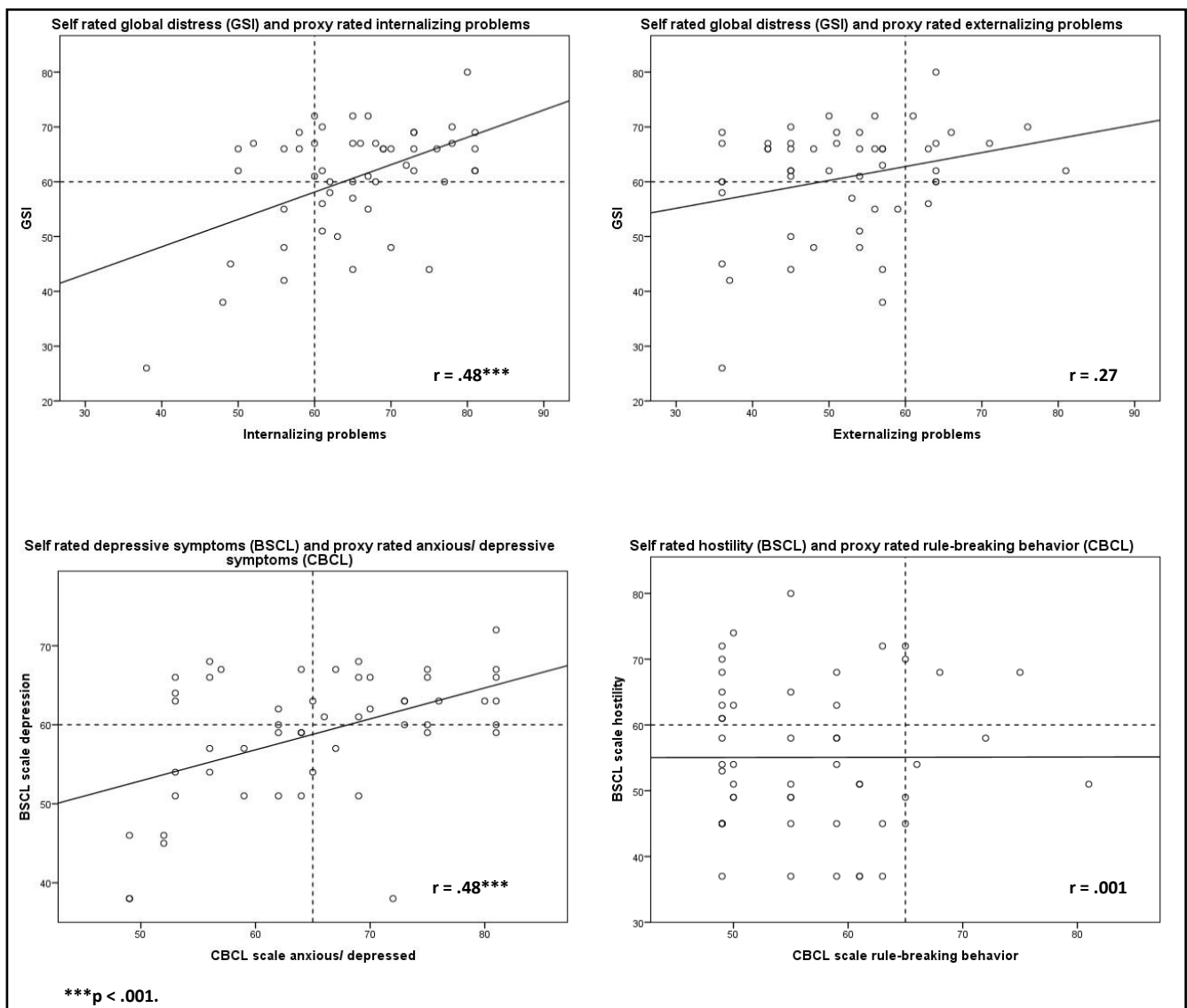
Der Vergleich zwischen dem GSI-Gesamtwert der Selbsteinschätzung zeigte einen moderaten Zusammenhang zu internalisierenden Problemen aus dem Fremdbeurteilungsbogen ($p < 0.0001$, $r = .48$). Gleichzeitig konnte keine signifikante Korrelation zwischen dem GSI- Gesamtwert der Selbstbeurteilung und der Skala zu externalisierenden Problemen aus der Fremdbeurteilung hergestellt werden ($p = .05$, $r = .27$) (Abbildung 5).

Eine moderate Korrelation zeigte sich für die Skalen „Phobische Angst“ aus der Selbstbeurteilung und „Ängstlich Depressiv“ aus der Fremdbeurteilung ($r = .45$, $p = .001$).

Eine schwache positive Korrelation wiesen die Merkmale „Angst“ aus dem Selbstbeurteilungsbogen und „Ängstlich Depressiv“ aus dem Fremdbeurteilungsbogen auf ($r = .28$, $p = .04$). Auch die Merkmale „Somatisierung“ (BSCL) und „körperliche Beschwerden“ (CBCL) wiesen eine schwache Korrelation auf ($r = .37$, $p = .006$).

Zudem zeigte sich eine moderate signifikante positive Korrelation der Merkmale „Ängstlich Depressiv“ (Fremdbeurteilung) und „Depressivität“ (Selbstbeurteilung) mit $p = <.0001$ und $r = .48$ (Abbildung 5).

Abbildung 5. Korrelationen zwischen Unterskalen der Selbstbeurteilung und Unterskalen der Fremdbeurteilung.



Keine Zusammenhänge konnten hingegen für die Skalen „Angst“ in der Selbstbeurteilung und „sozialer Rückzug“ in der Fremdbeurteilung festgestellt werden ($r=.04$, $p=.76$).

„Aggressivität/Feindseligkeit“ (BSCL) und „aggressives Verhalten“ (CBCL) ($r=.15$, $p=.29$) zeigten auch keine signifikante Korrelation. Zudem wiesen der Vergleich der Skalen „Aggressivität/Feindseligkeit“ (BSCL) und „soziale Probleme“ (CBCL) ($r=.001$, $p=.99$) und der Vergleich „Aggressivität/Feindseligkeit“ (BSCL) und „externalisierende Probleme“ (CBCL) ($r=.15$, $p=.30$) keine signifikante Korrelation auf.

4.5 Psychische Belastung und Corona

Neben der Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung im Selbst- und Fremdurteil wurde untersucht, welche spezifischen Faktoren Einfluss auf die psychische Belastung nehmen können. Daher wurde untersucht, inwieweit die Corona-Pandemie Einfluss auf die Psyche von umF hat. Die *vierte Hypothese* vermutet, dass die Grenzwerte der psychischen

Belastung vor der Pandemie niedriger sind als die der psychischen Belastung während der Pandemie. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, legte die zeitweilige Schließung von Schulen, die starken Einschränkungen in Sozialkontakten bedingt durch die Maßnahmen im Rahmen der Pandemie eine zusätzliche psychische Belastung der Jugendlichen nahe. Aufgrund der Vermutung eines starken Effekts der Pandemie auf das psychische Befinden der Jugendlichen wurde die Hypothese einseitig formuliert und es wurde hierbei einseitig getestet. Folglich zeigte sich in der Varianzanalyse ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Belastung in der Fremdbeurteilung (sowohl für den Rohwert: $F= 3.35$; $p= .04$ $\eta^2= .062$ als auch für den T-Wert: $F=3.05$, $p= .04$, $\eta^2= .056$). Die Vermutung, dass die psychische Belastung vor der Pandemie niedriger war als währenddessen, konnte somit für die Grenzwerte im Fremdurteil (CBCL) bestätigt und H_0 hierfür verworfen werden (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4. Vergleich der psychischen Belastung vor - und während der Pandemie im Selbst- und Fremdurteil.

	Vor Corona		während Corona		Vergleich ANOVA			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
BSCL-Rohwert	1.1	.7	1.2	.6	.2	1	.32	.002
BSCL-T-Wert	59.2	10.4	61.4	8.0	1.2	1	.14	.01
CBCL -Rohwert	33.9	23.5	48.6	34.9	3.4	1	.04*	.06
CBCL-T-Wert	59.7	10.9	64.9	9.6	3.1	1	.04*	.06

Anmerkung. BSCL= Selbsturteilungsbogen, $n=101$. CBCL=Fremdurteilungsbogen, $n=53$. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von $.01 < p < .05$ einseitig getestet.

Es zeigte sich für den Gesamtwert im Selbsturteil (BSCL) kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der psychischen Belastung. Zusätzlich zur Varianzanalyse der Gesamtwerte erfolgte die Varianzanalyse der Unterskalen der beiden Fragebögen zu den verschiedenen Zeitpunkten. Dort konnte ein signifikanter Unterschied vor und während der Pandemie in der Skala „Somatisierung“ im Selbstbeurteilungsbogen (BSCL) ($F= 4.57$, $p=.18$, $\eta^2=.04$) festgestellt werden.

In Tabelle 5 sind weitergehend neben den Ergebnissen der Varianzanalyse die Mittelwerte der Unterskalen beider Fragebögen dargestellt zu den Zeitpunkten vor und während der Pandemie.

Tabelle 5. *Unterskalen des Selbstbeurteilungsbogens (BSCL) und des Fremdbeurteilungsbogens (CBCL) im Vergleich der psychischen Belastung vor und während der Pandemie.*

	vor Corona		während Corona		Vergleich in der ANOVA			
Unterskalen BSCL	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
Angst	60.8	13.0	61.9	8.4	.2	1	.32	.00
Depressivität	57.3	9.3	59.5	7.5	1.5	1	.11	.02
Somatisierung	58.1	11.5	62.8	8.7	4.6	1	.018*	.04
Aggressivität	54.3	9.9	54.7	10.9	.0	1	.42	.00
Paranoides Denken	57.9	11.1	58.7	10.2	.1	1	.07	.01
Phobische Angst	58.3	11.2	60.4	10.5	.9	1	.17	.01
Psychozitimismus	55.7	8.3	57.1	8.3	.6	1	.21	.01
Unsicherheit	56.2	10.4	56.5	10.4	.0	1	.44	.00
Sozialkontakt								
Zwanghaftigkeit	56.3	11.7	56.4	9.1	.0	1	.50	.00
Unterskalen CBCL								
Körperliche Beschwerden	63.9	8.8	67.4	9.5	1.8	1	.09	.04
Ängstlich	63.9	9.8	67.8	9.6	1.9	1	.09	.04
Depressiv								
internalisierende Auffälligkeiten	63.7	10.0	68.1	8.5	2.7	1	.05	.05
Externalisierende Auffälligkeiten	50.7	10.6	54.6	10.8	1.7	1	.10	.03
Dissoziales Verhalten	55.6	7.1	58.7	8.6	2.0	1	.08	.04

Anmerkung. Für die Selbstbeurteilung betrug $n=101$. Für die Fremdbeurteilung betrug $n=53$. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von $.01 < p < .05$ einseitig getestet.

Bei allen Unterskalen ist ein Anstieg der Mittelwerte während der Pandemie im Vergleich zu davor zu beobachten. Dieser Anstieg ist sowohl bei den Unterskalen in der Selbstbeurteilung (BSCL), als auch bei den Unterskalen in der Fremdbeurteilung (CBCL) zu erkennen. Bei der Unterskala „Somatisierung“ in der Selbstbeurteilung zeigt sich dieser Anstieg von $M= 58.1$ ($SD= 11.5$) vor der Pandemie auf $M= 62.8$ ($SD= 8.7$) während der Pandemie besonders deutlich.

4.6 Psychische Belastung und Aufenthaltsstatus

Welchen Einfluss hat der Aufenthaltstitel auf die psychische Belastung der Jugendlichen?

Eine Varianzanalyse untersucht, ob sich Jugendliche mit befristet sicherem Aufenthaltstitel weniger stark emotional belastet fühlen als solche mit unsicherem Aufenthaltstitel. Dabei wurden Selbstbeurteilung (GSI-Wert) und Fremdbeurteilung (Gesamtwert) in Bezug auf die Aufenthaltstitel unterschieden.

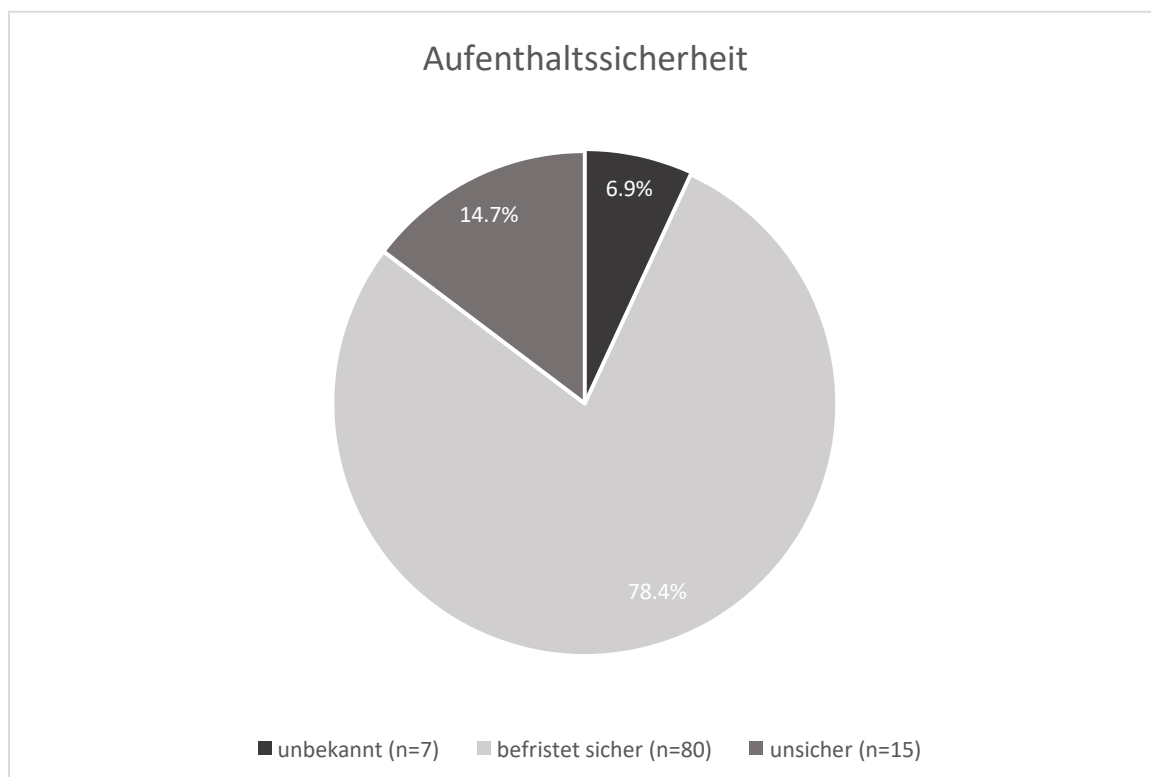
Abbildung 6 zeigt die verschiedenen Aufenthaltstitel (vergleiche Tabelle 2 in 4.1

Stichprobenbeschreibung), unterteilt in „unbekannt“, „befristet sicher“ und „unsicher“. 80

Personen (78%) haben einen befristet sicheren Aufenthalt. Die Varianzanalyse zeigte keine signifikanten Unterschiede ($F=1.1$, $p=.34$) hinsichtlich der psychischen Belastung und des jeweiligen Aufenthaltstitel, weder in der Selbstbeurteilung noch in der Fremdbeurteilung. H_0 wird somit beibehalten.

Die Hypothese „Proband*innen mit unsicherem Aufenthaltsstatus haben eine höhere gefühlte emotionale Belastung im Selbst- und Fremdurteil als solche mit gesichertem Aufenthaltsrecht“ wäre damit widerlegt.

Abbildung 6. Angaben zur Aufenthaltssicherheit der Teilnehmer*innen, aufgeteilt in „unbekannt“, „befristet sicher“ und „unsicher“ ($n=102$).



Ergänzend zur Beeinflussung der psychischen Belastung mit Hinblick auf den Aufenthaltstitel wurde die Korrelation zwischen der Aufenthaltsdauer in Deutschland, Alter und psychische Belastung jeweils im Selbst- und Fremdurteil nach Pearson berechnet (Tabelle 6).

Im Mittel befanden sich die Jugendlichen seit 3,2 Jahren in Deutschland (SD 1.2), bei einem mittleren Altersdurchschnitt von 18.2 Jahren (SD 1.3). Die Korrelationsanalyse konnte einen moderaten signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und dem Gesamtwert zur psychischen Belastung in der Fremdbeurteilung zeigen ($p=.005$, $r=.38$).

Zudem ergab sich eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Alter der Studienteilnehmer*innen und der Höhe der Gesamtwerte des Fremdbeurteilungsbogens (CBCL) mit $p= .02$ und $r=.33$. Im Selbsturteil konnte dieser Effekt jedoch nicht beobachtet werden.

Tabelle 6. Korrelation von Aufenthaltsdauer in Deutschland, psychischer Belastung im Selbst- oder Fremdurteil, und Alter der Studienteilnehmer*innen.

Merkmal	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1.	2.	3.	4.
1. Aufenthaltsdauer	102	3.2	1.2	-			
2. Alter	102	18.2	1.3	.45**	-		
3. BSCL GSI Rohwert	101	1.1	.7	.01	.01	-	
4. CBCL Gesamt Rohwert	53	39.5	28.9	.38**	.33*	.34*	-

Anmerkung. *. $01 < p < .05$, ** $p < .01$

4.7 Psychische Belastung und Psychotherapie (aktuell oder in der Vergangenheit)

Inwieweit schätzen sich Studienteilnehmer*innen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden, als psychisch belastet ein, und inwieweit tun dies deren Betreuer*innen? Welche Unterschiede es gibt zwischen den folgenden Gruppen?

- UmF, die sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung befanden.

- UmF, welche aktuell in psychotherapeutischer Behandlung sind.
- UmF, die in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung waren.

Die sechste Hypothese lautet „*Es gibt Unterschiede in der psychischen Belastung bei umF, die sich zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung befanden und welchen ohne psychotherapeutische Behandlung*“

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine Varianzanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse in Tabelle 10 aufgeführt sind. Hierbei wurden die Selbsteinschätzung der Jugendlichen und die Fremdeinschätzung durch deren Betreuer*innen betrachtet.

Die Varianzanalyse der drei Gruppen ergab für die Fremdbeurteilung keine signifikanten Unterschiede ($F=.41$, $p=.67$).

In der Selbstbeurteilung hingegen konnten signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen (Keine Psychotherapie, Psychotherapie in der Vergangenheit und Psychotherapie aktuell) in Bezug auf die psychische Belastung im Selbstbeurteilungsbogen (BSCL) festgestellt werden (Hierbei galt: $F=5.86$, $p=.00$).

Tabelle 7. Ergebnisse zu angegebener psychischer Belastung in der Selbst- und Fremdbeurteilung von Proband*innen in Psychotherapie oder nicht in Psychotherapie.

	Nein		Psychotherapie Ja, in der Vergangenheit		Ja, aktuell		Vergleich einfaktorielle ANOVA		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
BSCL Rohwert	.8	.7	.9	.5	1.3	.7	5.9	2	.00**
CBCL Rohwert	45.9	56.4	45.8	20.3	37.4	23.5	.4	2	.67

Anmerkung. *. $01 < p < .05$, ** $p < .01$. **BSCL:** *n*- keine Psychotherapie= 16. *n*- Psychotherapie in der Vergangenheit= 17. *n*-Psychotherapie aktuell =66. *n*-Gesamt= 99. **CBCL:** *n*-keine Psychotherapie =7, *n*- Psychotherapie in der Vergangenheit=6, *n*-Psychotherapie aktuell= 40, *n*- Gesamt=53.

Zur weiteren Differenzierung der einzelnen Gruppen wurde ein Post Hoc Test nach Fisher's Least Significant Difference (LSD) durchgeführt. Dieser machte einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen „Keine Psychotherapie“ und „Psychotherapie aktuell“ in der Selbstbeurteilung in Bezug auf die Grenzwerte deutlich ($p=.01$).

Für die Gruppen „Psychotherapie in der Vergangenheit“ und „Psychotherapie aktuell“ ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Selbstbeurteilung ($p=.01$) bei Betrachtung der mittleren Rohwerte.

Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der psychischen Belastung ergaben sich zwischen denjenigen Studienteilnehmer*innen, die keine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, und denen, welche psychotherapeutische Hilfe in der Vergangenheit erhalten hatten.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Für die Gruppe der umF sind die Erfahrungen in den Heimatländern, auf der Flucht sowie als junge Menschen in einem neuen unbekannten Land ohne Begleitung durch Familienangehörige eine große Herausforderung.

Diese Arbeit untersucht Zusammenhänge der allgemeinen psychischen Belastung. Dafür wurden die Selbstbeurteilung der Jugendlichen und die Fremdbeurteilung ihrer Betreuer*innen miteinander verglichen. Dabei stellte sich heraus, dass die allgemeine psychische Belastung der umF im Mittel hoch bis überdurchschnittlich hoch ist. Dies wurde besonders in der Fremdbeurteilung deutlich. Jedoch auch im Selbsturteil zeigten sich 60 der 101 befragten Teilnehmer*innen als überdurchschnittlich hoch psychisch belastet, wobei der hier ermittelte Mittelwert der T-Werte mit 60 als grenzwertig bis überdurchschnittlich hoch gilt. Betrachtet man die Grenzwerte für klinisch auffällige psychische Belastung so zeigten 64% der umF auffällige Werte im Selbsturteil. 53% zeigten klinisch relevante Auffälligkeiten im Fremdurteil.

Zudem konnte gezeigt werden, dass eine hohe psychische Belastung im Selbsturteil mit einer hohen psychischen Belastung im Fremdurteil einhergeht.

Neben der allgemeinen psychischen Belastung wurde untersucht, welche Faktoren Einfluss darauf nehmen.

Die Covid-19 Pandemie zeigte sich in den Ergebnissen dieser Arbeit als zusätzlich belastende Einflussgröße und scheint die psychische Belastung der umF zu verstärken.

Neben einem allumfassenden Anstieg der mittleren T-Werte der Unterskalen beider Fragebögen konnte ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Auftretens des Symptoms „Somatisierung“ vor und während der Corona Pandemie nachgewiesen werden.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und angegebener beziehungsweise beobachteter psychischer Belastung wurde in dieser Arbeit widerlegt.

Jedoch zeigte sich ein moderater positiv signifikanter Zusammenhang zwischen der Länge des Aufenthalts und seelischer Beeinträchtigung.

Zuletzt wurde der Einfluss von Psychotherapie (aktuell, in der Vergangenheit oder gar nicht) untersucht. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der psychischen Belastung von Jugendlichen, welche Psychotherapie nie oder in der Vergangenheit erhalten hatten im Vergleich zu denjenigen, welche sich zum Stand der Befragung in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Die Werte zur psychischen Belastung lagen hierbei bei Personen in aktueller psychischer Behandlung signifikant höher als bei denjenigen, welche sich in der Vergangenheit oder nie einer Psychotherapie unterzogen hatten.

5.1.1. Die allgemeine psychische Belastung im Vergleich

Die vorliegende Arbeit bestätigte, dass umF unter einer erhöhten allgemeinen psychischen Belastung leiden. Schon frühere Untersuchungen zeigten, dass umF um eine vulnerable Gruppe für psychische Erkrankungen bilden.^{17, 20,56} Eine hohe Rate an psychischen Auffälligkeiten wird zum Beispiel in einer Studie von Gavranidou et al.⁵⁷ beschrieben. Witt et al.⁵⁶ gaben in einem systematischen Review einen Überblick über Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei umF. Dabei zeigten sich bei umF signifikant häufiger traumatisierende Erfahrungen im Vergleich zu begleiteten Flüchtlingen.^{56,45} Zudem konnte in dieser und anderen Studien aufgezeigt werden, dass umF im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutliches Risiko für PTBS, Depressionen und Anpassungsstörungen aufweisen.^{56,58,59}

In der hier vorliegenden Arbeit zeigten umF erhöhte Werte in Bezug auf Angst, Depressivität und Somatisierung. Dies sind Beispiele für Symptome, welche vermehrt bei den oben genannten psychischen Erkrankungen auftreten können. Die Jugendlichen scheinen in ihrem Alltag in einem hohen Maß mit Stress und Angst konfrontiert zu sein. Gleichzeitig wurde in einigen Studien über eine hohe Resilienz unter umF berichtet.^{56,59} Gründe dafür könnten ein gutes soziales Netzwerk und Unterstützung durch Freunde und schulisches Umfeld als Schutzfaktoren sein.¹⁹ In der Selbstbeurteilung fielen neben vermehrt hohen Werten zur psychischen Belastung einige Jugendliche mit geringen Werten zu psychischer Belastung auf, hierfür könnte eine erhöhte Resilienz sprechen. Gleichzeitig wiesen Smid et al.⁶⁰ darauf hin, dass einige jugendliche Geflüchtete erst nach zwei Jahren Symptome einer PTBS entwickelten.

Resümierend lässt nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sagen, dass sich die allgemeine psychische Belastung der Jugendlichen um Selbst- und Fremdurteil als

grenzwertig bis überdurchschnittlich erhöht zeigte. Sowohl die Jugendlichen selbst als auch deren Betreuer*innen scheinen diese Belastung als solche zu erkennen.

5.1.2. Korrelation zwischen Selbst- und Fremdurteil

In dieser Arbeit konnte eine positive Korrelation zwischen der Einschätzung der subjektiven emotionalen Belastung der Jugendlichen und der Einschätzung ihrer Betreuer*innen hierzu festgestellt werden ($r = .34$ und $p = .015$). Zudem zeigten die Unterskalen beider Fragebögen signifikante Korrelationen hinsichtlich einzelner Skalen, welche eher einem internalisierenden Verhalten zugeschrieben werden. Die Korrelationen weisen darauf hin, dass die befragten Jugendlichen und Betreuer*innen eine ähnliche Einschätzung zum psychischen Befinden der Jugendlichen hatten. Dies könnte für ein gutes Betreuungsverhältnis und guten emotionalen Austausch zwischen den befragten umF und ihren Betreuer*innen sprechen. In einer Arbeit von Derluyn und Broekaert⁶¹ wird angegeben, dass es generell eine gute Übereinstimmung zwischen dem Selbsturteil der Jugendlichen und dem Fremdurteil von Betreuer*innen gibt, wobei allerdings hervorgehoben wird, dass externalisierendes Verhalten von Betreuer*innen eher registriert werde als internalisierendes Verhalten. Die Ausbildung und Schulung der Sozialarbeiter*innen im Sinne eines professionellen Umgangs mit potentiell traumatisierten Jugendlichen könnte zu einer erhöhten Aufmerksamkeit hinsichtlich des psychischen Wohlergehens des Jugendlichen und somit eine höhere Sensitivität zur Erkennung internalisierender Auffälligkeiten von Seiten der Betreuer*innen führen. In einer Studie von Möhrle et al.²¹ wurden ähnlich hohe Werte für emotionale Probleme im Rahmen von internalisierendem Verhalten sowohl im Selbst- als auch Fremdurteil von Betreuer*innen beschrieben. Andere Studien wiesen jedoch auf eine geringere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdurteil hin. So zeigte beispielsweise eine Studie von Bean et al.¹⁸, dass nur ca. 30% der Betreuer*innen Jugendliche, welche selbst einen großen Bedarf an psychologischer Betreuung angaben, als psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandlungsbedürftig einschätzten.

Aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Fragebögen als Messinstrument in verschiedenen Studien ist die Vergleichbarkeit der Arbeiten nicht leicht. Den Studienergebnissen ist allerdings ein insgesamt vermehrtes Auftreten internalisierender Verhaltensauffälligkeiten bei umF gemeinsam,^{21,61,56} bei weiblichen Studienteilnehmerinnen noch deutlicher als bei männlichen.^{61, 62, 20} Auch in dieser Studie zeigte sich insgesamt ein hoher Wert für internalisierendes Verhalten, besonders in der Beurteilung durch die Betreuer*innen, im Vergleich zu externalisierendem Verhalten. Der Druck sozialer Anpassung und die Angst vor negativem Auffallen im sozialen Bereich könnten hierbei zur Vermeidung der Jugendlichen von auffälligem Sozialverhalten führen und die niedrigeren externalisierenden Werte erklären.^{21,61}. Nichtsdestoweniger scheinen die Jugendlichen eine

hohe Internalisierung aufzuweisen. Es wäre wichtig, Betreuer*innen und Bezugspersonen dahingehend zu schulen, internalisierendes Verhalten zu erkennen, um besonders behandlungsbedürftige Symptome zu identifizieren und somit weiterführende Schritte und eine Mitbetreuung durch kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in die Wege leiten zu können.

5.1.3. Die Corona Pandemie als zusätzlicher Faktor emotionaler Belastung

Bei unseren Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die aktuelle Covid-19 Pandemie einen zusätzlichen Einfluss auf die psychische Belastung der Jugendlichen hat. Die erhöhten Mittelwerte, sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung, deuten auf einen Anstieg der psychischen Belastung während der Pandemie hin. Kontakt zu Freund*innen und der Besuch einer Schule wurden als protektive Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen bei umF herausgearbeitet¹⁹. Der Wegfall dieser protektiven Faktoren durch sog. Homeschooling und Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Pandemie mögen zu einem Anstieg psychischer Belastung bei Jugendlichen beigetragen haben. Die aktuelle Literatur bestätigt dieses Ergebnis. Beispielsweise wurde von Singh et al.⁵³ ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung bei Jugendlichen und der Corona-Pandemie beschrieben. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass besonders Jugendliche, die bereits Risikofaktoren durch psychische Vorbelastung aufwiesen und/oder durch zusätzliche Quarantänemaßnahmen betroffen waren, ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen aufwiesen. Diese Betroffenen zeigten häufiger somatische Beschwerden wie Ein- und Durchschlafprobleme, Albträume und Appetitlosigkeit.⁵³ Auch in der vorliegenden Arbeit konnte ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Somatisierung im Vergleich zu vor und während der Corona-Pandemie festgestellt werden. Ein möglicher Grund hierfür könnte u. a. die verringerte körperliche Aktivität durch etwa Quarantäne oder Homeschooling sein. Dies könnte es aber auch Ausdruck verstärkter psychischer Belastung sein, zumal Geflüchtete generell vermehrt Somatisierungen bei psychischer Belastung zeigen.^{63,64} Rohlof et al.⁶⁴ diskutieren hierbei sozio-kulturelle Faktoren. Diese Übersichtsarbeit beschreibt, dass Geflüchtete insbesondere Depression häufiger mit somatischen Beschwerden ausdrücken. Somatisierung wurde allgemein als Ausdrucksmöglichkeit für psychische Beschwerden im Rahmen von kulturell erlernten Mustern diskutiert, möglicherweise um Stigmatisierung durch psychische Erkrankungen zu vermeiden und Hürde zur Inanspruchnahme von Hilfen zu senken.⁶⁴ Auch Walg et al.⁶³ stellten in einer Arbeit zur Häufigkeit psychischer Störungen bei umF fest, dass 98% der Studienteilnehmer*innen somatische Symptome äußerten, aber nur sehr wenige von ihnen tatsächlich eine somatoforme Störung aufwiesen. Hier wurde ebenfalls in Betracht gezogen, dass die Angabe von somatischen Beschwerden für die

Betroffenen ein gangbarer Weg ist, Hilfe zu suchen, da ein Konzept von psychischer Unterstützung nicht so zugänglich erscheint wie Hilfe bei körperlichen Beschwerden.⁶³ Walg et al. wiesen auch auf Studien hin, die die Zuschreibung kultureller Gegebenheiten bei der Neigung zu Somatisierung kritisch betrachten. Kirmayer et al.⁶⁵ stellten beispielsweise dar, dass Somatisierung kulturunabhängig bei psychischen Erkrankungen verstärkt zu finden ist. Im Ergebnis erscheint es wichtig, interdisziplinär darauf zu achten, dass auch in der Corona-Pandemie die Angabe von körperlichen Beschwerden gerade bei Jugendlichen mit Fluchthintergrund Ausdruck einer psychischen Befindlichkeitsstörung sein können.

5.1.4. Der Aufenthaltsstatus als möglicher zusätzlicher Risikofaktor psychischer Belastung

Bezüglich des Aufenthaltsstatus als Risikofaktor für psychische Belastung ergab sich in der Studie interessanterweise kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen zu Aufenthaltstiteln und der psychischen Belastung. Ein Grund könnte hierfür sein, dass keiner der in der Studie aufgeführten Aufenthaltstitel als wirklich „sicher“ bezeichnet werden kann, da nur vier Studienteilnehmer*innen Asyl bescheinigt bekommen hatten. Die verbleibenden Aufenthaltstitel wurden somit als „befristet sicher“ definiert. Wie bereits in der Einleitung erläutert, sind vorab die meisten Aufenthaltstitel befristet, womit in jedem Fall eine Unsicherheit hinsichtlich des Bleiberechts bestehen bleibt. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass ein unsicherer Aufenthalt die psychische Gesundheit beeinflusst. Hierbei besteht weiterer Forschungsbedarf. Es würde sich im Hinblick auf weitere Studien anbieten, gezielt zu erfragen, inwieweit sich Studienteilnehmer*innen aufgrund des Aufenthaltstitels oder aufgrund von ungeklärtem Aufenthaltsrecht psychisch belastet fühlen. Einem aktuellen Bericht der Umfrage des BmF zur Situation von umF in Deutschland ist zu entnehmen, dass sich 95% der befragten Teilnehmer*innen stark durch aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten im Alltag beeinträchtigt fühlten.⁶⁶ In einem Artikel von Angelika Birck wird unsicherer Aufenthalt als möglicher Faktor für die ausbleibende Besserung bei psychischen Störungen nach Krieg und Folter beschrieben.⁶⁷ Auch Steel et al.⁶⁸ stellten in einer Übersichtsarbeit unsicheren Aufenthalt als Risikofaktor für Depressionen von geflüchteten Menschen dar. Der aktuelle Stand der Forschung legt damit einen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und psychischer Belastung nahe. Weitere Forschung mit gezieltem Fokus auf Einschätzungen zur psychischen Belastung wären sinnvoll, um einen Einfluss hinsichtlich der psychischen Belastung und eventuellen psychotherapeutischen Behandlung abschätzen zu können und hierbei unterstützende Strategien erarbeiten zu können.

5.1.5. Psychotherapie und psychische Belastung

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der psychischen Belastung zwischen Jugendlichen, die sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung fanden und den anderen Gruppen. Jugendliche, welche dementsprechend keine Psychotherapie - beziehungsweise Psychotherapie in der Vergangenheit - erhalten hatten, zeigten keine signifikanten Unterschiede, sowie niedrigere Werte hinsichtlich der psychischen Belastung als solche, die sich aktuell in Psychotherapie befanden. Die signifikant niedrigeren Werte der psychischen Belastung von Jugendlichen, welche Psychotherapie in der Vergangenheit erhalten hatten, im Vergleich zu Jugendlichen, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Psychotherapie befanden, legt die Vermutung nahe, dass Psychotherapie einen positiven Effekt auf die subjektive psychische Belastung der Jugendlichen hatte. Dieses Ergebnis könnte man gezielt für weitere Forschung nutzen. Interessant wäre hierbei eine genauere Untersuchung der Form und Dauer der Therapie, welche die Jugendlichen erhalten hatten, sowie der Frage, ob diese in Deutschland oder bereits im Heimatland erfolgte. Eine Studie aus Schweden von Paunovic und Öst⁶⁹ zeigte, dass positive Effekte hinsichtlich der emotionalen Belastung bei unbegleitet minderjährigen Geflüchteten mit PTBS sowohl in der Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Therapie (EMDR), als auch mit kognitiver Verhaltenstherapie erzielt werden konnten. Allerdings sei hierbei erwähnt, dass es sich mit sechzehn Teilnehmer*innen um eine sehr kleine Stichprobe handelte. Gleichzeitig erläuterte Birck⁶⁷ in einer Arbeit aus dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, dass Faktoren wie die Angst vor Abschiebung und Unsicherheit über den Aufenthalt den Erfolg einer Therapie zu erschweren scheinen und die Besserung der psychischen Symptomatik negativ beeinflussen beziehungsweise verhindern könnten.

Rosner und Steil⁷⁰ konnten die Wirksamkeit traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit PTBS nachweisen und auch die aktuelle S3-Leitlinie zur PTBS bei Jugendlichen nennt neben psychopharmazeutischer Therapie die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie als Therapieform mit der größten Evidenzlage.⁴³ Zusätzlich werden EMDR und die kinderspezifische Form der narrativen Expositionstherapie genannt (KIDNET)³, wobei hier noch keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen wurde.⁴³ Ruf et al.⁷¹ konnten die Wirksamkeit von KIDNET bei geflüchteten Jugendlichen im Alter von 7 bis 16 aufzeigen. Generell scheint es zum aktuellen Stand eine geringe Datenbasis zu Therapieformen bei Traumafolgestörungen von umF zu geben. Metzner et al.⁷² weisen auf organisatorische Hürden und fehlende Therapieplätze für unbegleitete Jugendliche hin. Zum einen müsse die Übernahme von Therapiekosten durch das Sozialamt oder, falls bereits zutreffend, die gesetzliche Krankenversicherung geklärt werden, zum anderen kämen zu viele psychisch Behandlungsbedürftige auf zu wenige traumaspezialisierte Therapeut*innen.^{72,73} Auch in einer Arbeit von Böttche et al.⁷⁴ über erwachsene

kriegstraumatisierte Menschen wird auf das Fehlen von Therapieplätzen und den erschwerten Zugang zu diesen in Deutschland hingewiesen.

Ruf et al.⁷¹ zeigten, dass sich nur einer von 20 befragten Jugendlichen mit diagnostizierter PTBS in Behandlung befand. Um diesem Problem entgegenzuwirken, stellten Walg et al.²⁰ die Wirksamkeit eines Stabilisierungstrainings vor, das die psychische Belastung der Jugendlichen signifikant senkt und somit zur Überbrückung der Wartezeit auf Therapieplätze genutzt werden kann. UmF haben also offensichtlich einen Bedarf an psychologisch-psychiatrischer Hilfe, dem das gegenwärtige Angebot nicht gerecht wird. Daher braucht es dafür nicht nur geeignete Behandlungsplätze, sondern auch Schulung und Forschung, zudem einen erleichterten Zugang für die Betroffenen zum Hilffsystem sowie Sprach- und Kulturmittler (*innen)⁷². Dies würde zudem die sozio-kulturelle Integration der jungen Leute erleichtern und Krisen und Nothospitalisierungen umgehen.^{72,20}

5.2 Stärken und Schwächen des Studiendesigns

Die Arbeit entstand im Rahmen einer epidemiologischen Untersuchung über Substanzkonsum bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten. Wie gezeigt werden konnte, ist die Datenlage zur allgemeinen psychischen Situation der umF in Deutschland bisher noch unzureichend erarbeitet.²¹ Hierbei könnten die schwierigen Befragungsbedingungen eine Rolle spielen. Während der Datenerhebung gestaltete sich die Kontaktaufnahme zu Jugendhilfeeinrichtungen und die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung von Seiten der umF schwierig. Dies wird auch als eine Herausforderung und als Grund für relativ kleine Stichprobengrößen in vorherigen Studien genannt.⁵⁶

Durch die Corona-Pandemie kam es Anfang 2020 zu Schließungen einiger Unterkünfte sowie zu Besuchsverboten, was die Durchführung der Befragungen zusätzlich erschwerte. Als positives Merkmal der vorliegenden Arbeit kann daher die relativ große Stichprobengröße genannt werden. Mit 102 Teilnehmer*innen aus ganz Deutschland kann hiermit das heterogene Bild dieser Gruppe wiedergegeben werden. Zusätzlich schließt die Tatsache, dass die Befragung breitflächig in Jugendhilfeeinrichtungen verschiedener Bundesländer Deutschlands sowie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz des Sana-Klinikum Remscheid stattfand, einen Selektionsbias im Sinne einer Verzerrung der Ergebnisse durch Befragung von Jugendlichen, die bereits eine Diagnose einer psychischen Erkrankung erhalten hatten, weitgehend aus. Gleichzeitig erfolgte die Befragung in Anwesenheit der Versuchsleiter*innen, sodass neben dem Erhalt von Fragebogen in anderen Sprachen eventuelle Rückfragen direkt gestellt werden konnten und ein geregelter Ablauf der Befragungen gegeben war.

Das Format der Befragung sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil ermöglichte zusätzlich eine differenzierte Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastung, zumal die Verwendung des CBCL-Fragebogens für Befragungen mit unbegleitet minderjährigen Geflüchteten bereits von Rassenhofer et al.⁷⁵ validiert wurde. Einen limitierenden Faktor dieser Arbeit stellt jedoch die niedrige Anzahl an Fremdbeurteilungsbögen dar. Nur 53% umF (52%) stimmten der Fremdbeurteilung durch Betreuer*innen zu oder Betreuer*innen schätzten das Betreuungsverhältnis als intensiv genug ein, um den Fragebogen ausfüllen zu können. Da davon auszugehen ist, dass diejenigen umF, die einer Befragung der Betreuer*innen zustimmten auch ein gutes Verhältnis zu ihren Betreuer*innen hatten könnte dies zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben.

Man hätte zur weiteren Differenzierung noch weitere Fragebögen für das Selbst- und Fremdurteil verwenden können. Da diese Studie im Rahmen einer größeren Studie zu Substanzkonsum stattfand und die Befragungsdauer von 50-60 Minuten pro jugendliche Teilnehmer*innen schon verhältnismäßig lang war, hätte eine Erweiterung der Fragebögen aber womöglich den Rahmen gesprengt, für zukünftige Studien könnte man dies jedoch ins Auge fassen. Ein Gesichtspunkt im Rahmen einer weiteren Studie zu in Deutschland lebenden umF wäre, einen ähnlichen Fragebogen mit einer Version für Selbst- sowie einer für das Fremdurteil als Messinstrument zu benutzen. Derluyn und Broekaert⁶¹ verwendeten in einer Studie in Belgien beispielsweise neben dem CBCL-Fragebogen zur Fremdbeurteilung noch weitere Fragebögen, wie den Strength and Difficulties Questionnaire^{61,76}, welcher für Selbst- und Fremdurteil erhältlich war. Zusätzlich wäre neben der Untersuchung der allgemeinen psychischen Belastung eine weitere Untersuchung spezifischer Diagnosen, wie beispielsweise PTBS oder Depressionen interessant. Auch die genauere Untersuchung verschiedener Einflussfaktoren, wie Aufenthalt im Zusammenhang mit psychischer Belastung oder eine genauere Erfragung zur Art der Psychotherapien, beispielsweise Historie zu Behandlungen in der Vergangenheit, Konzept von Psychotherapie als Hilfsangebot in der Einschätzung der Jugendlichen, könnten hierbei noch ausführlicher erforscht werden.

5.3 Ausblick

Diese Arbeit zeigt, dass sowohl umF, die bereits an die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz angebunden waren sowie umF aus Jugendhilfeeinrichtungen überdurchschnittlich hohe Werte für psychische Belastung aufweisen. Die Jugendlichen sind durch traumatisierende Erfahrungen in der Heimat (beispielsweise Kriegshandlungen oder Missbrauchserfahrungen)¹⁹, während der Flucht (zum Beispiel Seenot)²⁹, oder z. B. durch Anpassungsprobleme oder Diskriminierung nach Ankunft im Aufnahmeland einem erhöhten Risiko für psychische Beeinträchtigungen ausgesetzt.

Besonders hinsichtlich internalisierenden Verhaltens zeigten die Jugendlichen überdurchschnittlich hohe Werte. Diese Arbeit bestätigt und ergänzt den aktuellen Stand der Forschung, wonach umF eine psychisch vulnerable Gruppe bilden.

Es besteht ein deutlicher Bedarf an weiterer Forschung zu adäquaten Therapien, der Verbesserung von Hilfsangeboten, die noch zu selten oder zu wenig geeignet sind.^{77,74} Gezielte Schulungen von Betreuer*innen hinsichtlich der eher internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten könnte zu einer schnelleren Hilfestellung für die umF beitragen. Zudem könnten mehr ambulante Therapieplätze mit traumafokussierten und kultursensiblen Angeboten geschaffen werden. Vor allem frühzeitige Hilfsangebote nach Ankunft in einem Aufnahmeland scheinen hierbei von Bedeutung zu sein. Etwa zeigten Song et al.⁷⁸ in einer Studie aus den USA, dass es einen klaren zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt von Inanspruchnahme von Hilfe und der Entwicklung von psychischen Erkrankungen wie PTBS gab. Geflüchtete, die erst nach einem Jahr Hilfe in Anspruch nahmen, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von PTBS und Depressionen im Vergleich zu Geflüchteten, die bereits im ersten Jahr nach der Ankunft eine geeignete Versorgung erhielten.^{74,78} Die Corona-Pandemie scheint bei umF noch zusätzlich zu einer verstärkten psychischen Belastung zu führen. Hier sollte weitere Forschung betrieben werden, um ein genaueres Bild über diese aktuelle Situation zu erhalten und um dem durch spezifische Hilfestellung begegnen zu können.

Um Belastungsspitzen bei erhöhtem Bedarf an professioneller Hilfe abzufangen, braucht es zudem alternative Konzepte zur Überbrückung von Wartezeiten auf Therapieplätze, wie etwa ein von Walg et al.²⁰ entwickeltes und evaluiertes Stabilisierungstraining, das in präklinisch in den Jugendhilfeeinrichtungen angewandt werden kann.

Auch Konzepte, wie etwa eine für arabischsprachige Kriegsoffer entwickelte webbasierte Verhaltenstherapie zeigten gute Ergebnisse hinsichtlich einer PTBS-Symptomatik^{74,79} und könnten durch einen erleichterten Zugang über das Internet, nicht zuletzt wie bei den Kontaktbeschränkungen unter Pandemie-Bedingungen, in Betracht gezogen werden.

Zusätzlich wäre eine Dezentralisierung im Sinne von traumafokussierter Schulung von Therapeut*innen im ambulanten Bereich hilfreich, um die wenigen spezialisierten traumafokussierten Zentren in Deutschland zu entlasten.

Zudem legen die Ergebnisse dieser Arbeit die Vermutung nahe, dass neben Psycholog*innen und Psychiater*innen auch Ärzt*innen anderer medizinischer Fachrichtungen durch eine hohe Rate an Somatisierung bei umF mit dieser Gruppe konfrontiert werden. Eine kultursensible Betrachtung der Somatisierungsneigung bei psychischer Belastung könnte unnötige Diagnostik vermeiden und schnellere Hilfe für die betroffenen Jugendlichen ermöglichen.

Eine Studie aus Norwegen konnte zeigen, dass die Langzeitprävalenz psychischer Erkrankungen mit steigender Dauer des Aufenthalts die Gefahr der Chronifizierung bei nicht erfolgter Behandlung mit sich bringt.⁸⁰ Dies macht umso deutlicher, dass umF einen großen Bedarf an Hilfe haben. Die Gruppe der unbegleitet minderjährigen Geflüchteten scheint zwar eine relativ kleine Gruppe zu sein, dennoch nimmt sie Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland vergleichsweise stark in Anspruch. Es braucht ein interdisziplinäres und gut vernetztes Konzept, das nicht zuletzt im gesamtgesellschaftlichen Interesse den Integrationsprozess dieser jungen Leute erleichtert und beschleunigt.

6. Literaturverzeichnis

- 1 Franke, G.H. BSCL-Brief-Symptom-Checklist. Göttingen: Hogrefe, 2017.
- 2 Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R, Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Göttingen: Hogrefe, 2014.
- 3 Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). *Evid-Based Treat Trauma Relat Disord Child Adolesc* 2017; : 227–50.
- 4 Zahlen im Überblick. UNHCR DACH. <https://www.unhcr.org/dach/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick> (accessed May 25, 2021).
- 5 Binnenvertriebene. UNHCR Dtschl. <https://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/binnenvertriebene> (accessed May 25, 2021).
- 6 grid2021_idmc.pdf. https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/publications/documents/grid2021_idmc.pdf (accessed May 25, 2021).
- 7 Refugees UNHC for. UNHCR - Refugee Statistics. UNHCR. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (accessed May 27, 2021).
- 8 aktuelle-zahlen-april-2021.pdf. <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-april-2021.pdf?blob=publicationFile&v=3> (accessed May 28, 2021).
- 9 Flüchtlingshilfe UNO. Balkanroute. <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluchtrouten/balkanroute> (accessed June 2, 2021).
- 10 Erklärung EU-Türkei, 18. März 2016. <https://www.consilium.europa.eu/de/press/press-releases/2016/03/18/eu-turkey-statement/> (accessed June 2, 2021).
- 11 Flüchtlingshilfe UNO. Flüchtlinge in Europa. <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/europa> (accessed June 2, 2021).
- 12 GKioulia. Latest Asylum Trends. Eur. ASYLUM SUPPORT Off. 2018; published online March 1. <https://www.easo.europa.eu/latest-asylum-trends> (accessed May 28, 2021).
- 13 Refugees UNHC for. Mid-Year Trends 2020. UNHCR. <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5fc504d44/mid-year-trends-2020.html> (accessed June 2, 2021).
- 14 Datenreport_II_Juni_2020.pdf. https://www.servicestelle-junge-gefluechtete.de/fileadmin/upLoads/Ver%C3%B6ffentlichungen/Datenreport_II_Juni_2020.pdf (accessed May 18, 2021).
- 15 Kien C, Sommer I, Faustmann A, *et al.* Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; **28**: 1295–310.

- 16 Brücker H, Rother N, Schupp J. IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse. ; : 105.
- 17 Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, *et al.* Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009; **3**: 13.
- 18 Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors Associated with Mental Health Service Need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res* 2006; **33**: 342–55.
- 19 Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet* 2012; **379**: 266–82.
- 20 Walg M, Angern JS, Michalak J, Hapfelmeier G. Wirksamkeit des Stabilisierungstrainings für jugendliche Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen: Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother* 2020; **48**: 369–79.
- 21 Möhrle B, Dölitzsch C, Fegert JM, Keller F. Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Jugendhilfe einrichtungen in Deutschland. *Kindh Entwickl* 2016; **25**: 204–15.
- 22 Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011 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. ; : 18.
- 23 2019_Broschuere_Vormundschaft_web_fin.pdf. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2019/09/2019_Broschuere_Vormundschaft_web_fin.pdf (accessed May 31, 2021).
- 24 GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf (accessed May 28, 2021).
- 25 Menschenrechte N. Zwischen den Weltkriegen - Flüchtlinge und der Völkerbund | Genfer Flüchtlingskonvention. <https://www.fluechtlingskonvention.de>.
<https://www.fluechtlingskonvention.de/zwischen-den-weltkriegen-fluechtlinge-und-der-voelkerbund-3303> (accessed June 1, 2021).
- 26 Menschenrechte N. Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge | Genfer Flüchtlingskonvention. <https://www.fluechtlingskonvention.de>.
<https://www.fluechtlingskonvention.de/protokoll-ueber-die-rechtsstellung-der-fluechtlinge-3272> (accessed June 1, 2021).
- 27 Menschenrechte N. Vertragsstaaten der Genfer Flüchtlingskonvention | Genfer Flüchtlingskonvention. <https://www.fluechtlingskonvention.de>.
<https://www.fluechtlingskonvention.de/vertragsstaaten-der-genfer-fluechtlingskonvention-3274> (accessed June 1, 2021).
- 28 UNHCR - Fragen und Antworten zur Genfer Flüchtlingskonvention ('Flüchtlinge', 2/2001).

2007; published online Oct 29.

<https://web.archive.org/web/20071029193303/http://www.unhcr.de/publikationen/zeitschrift-fluechtlinge/einzelansicht/browse/12/article/185/fragen-und-antworten-zur-genfer-fluechtlingskonvention-fluechtlinge-22001.html> (accessed June 1, 2021).

29 FAQ Genfer Flüchtlingskonvention. UNHCR Dtschl.

<https://www.unhcr.org/dach/de/services/faq/faq-genfer-fluechtlingskonvention> (accessed Aug 10, 2021).

30 Schutzformen. BAMF - Bundesamt Für Migr. Flüchtlinge.

<https://www.BAMF.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Schutzformen/schutzformen-node.html;jsessionid=4FF8A2A0B4EC91DDB1CB8551813F701E.internet551> (accessed May 31, 2021).

31 Ablauf des deutschen Asylverfahrens.pdf.

<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/AsylFluechtlingsschutz/Asylverfahren/das-deutsche-asylverfahren.pdf;jsessionid=4FF8A2A0B4EC91DDB1CB8551813F701E.internet551?blob=publicationFile&v=21> (accessed June 2, 2021).

32 Flüchtlingshilfe UNO. Asyl in Deutschland. <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/fluechtlingsschutz/asyl-in-deutschland> (accessed June 2, 2021).

33 AsylG - Asylgesetz. http://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/BJNR111260992.html (accessed May 31, 2021).

34 Unbegleitete Minderjährige. Informationsverbund Asyl Migr.

<https://www.asyl.net/themen/asylrecht/unbegleitete-minderjaehrige/> (accessed June 2, 2021).

35 Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont, 1991.

36 Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Z Für Klin Psychol Psychother* 2000; **29**: 284–92.

37 Plück J, Döpfner M, Lehmkuhl G. Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindh Entwickl* 2000; **9**: 133–42.

38 Falkai P, Wittchen H-U, Döpfner M, *et al.*, editors. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®, 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe, 2018
DOI:10.1026/02803-000.

39 DIMDI - ICD-10-WHO Version 2019. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-f40-f48.htm#F43> (accessed June 8, 2021).

40 DeGPT · Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen?

<https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/> (accessed June 10, 2021).

41 051-0271_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-

- 10.pdf. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0271_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf (accessed June 8, 2021).
- 42 Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Post-Traumatic Stress Disorder (31.01.2014). Dtsch. Ärztebl. <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=153214> (accessed June 10, 2021).
- 43 155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (accessed June 10, 2021).
- 44 Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; **101**: 46–59.
- 45 Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis* 2007; **195**: 288–97.
- 46 Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunliffe A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; **49**: 723–32.
- 47 Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Erwachsenwerden ist schwer: Psychische Störungen in der Adoleszenz. Dtsch. Ärztebl. 2013; published online July 10. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/142822/Erwachsenwerden-ist-schwer-Psychische-Stoerungen-in-der-Adoleszenz> (accessed June 16, 2021).
- 48 Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 2012; **13**: 636–50.
- 49 Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Hirnentwicklung in der Adoleszenz: Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase. Dtsch. Ärztebl. 2013; published online July 10. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/142821/Hirnentwicklung-in-der-Adoleszenz-Neurowissenschaftliche-Befunde-zum-Verstaendnis-dieser-Entwicklungsphase> (accessed June 16, 2021).
- 50 Annette Streeck-Fischer. Trauma und Entwicklung Adoleszenz-frühe Traumatisierungen und ihre Folgen, 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH, 2014.
- 51 Davidson GR, Murray KE, Schweitzer RD. Review of Refugee Mental Health Assessment: Best Practices and Recommendations. *J Pac Rim Psychol* 2010; **4**: 72–85.
- 52 Rassenhofer M, Fegert JM, Plener PL, Witt A. Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - eine systematische Übersicht. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2016; **65**: 97–112.
- 53 Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* 2020; **293**: 113429.

- 54 International Business Machines Corporation. IBM SPSS Statistics. Armonk.
- 55 Karpenstein VJ, Rohleder D. DIE SITUATION GEFLÜCHTETER JUNGER MENSCHEN IN DEUTSCHLAND. ; : 109.
- 56 Witt A, Rassenhofer M, Fegert JM, Plener PL. Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Kindh Entwickl* 2015; **24**: 209–24.
- 57 Gavranidou M, Niemiec B, Magg B, Rosner R. Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindh Entwickl* 2008; **17**: 224–31.
- 58 Walg M, Fink E, Großmeier M, Temprano M, Hapfelmeier G. Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Z Für Kinder-Jugendpsychiatrie Psychother* 2017; **45**: 58–68.
- 59 Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2014; **10**: 53–8.
- 60 Smid GE, Lensvelt-Mulders GJLM, Knipscheer JW, Gersons BPR, Kleber RJ. Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; **40**: 742–55.
- 61 Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health* 2007; **12**: 141–62.
- 62 von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse Negl* 2019; **98**: 104146.
- 63 Walg M, Fink E, Großmeier M, Temprano M, Hapfelmeier G. Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Z Für Kinder-Jugendpsychiatrie Psychother* 2016; **45**: 58–68.
- 64 Rohlf HG, Knipscheer JW, Kleber RJ. Somatization in refugees: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; **49**: 1793–804.
- 65 Kirmayer LJ. Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *J Clin Psychiatry* 2001; **62**: 0–0.
- 66 2019_12_17_bumfumfrage2019_v04.pdf. https://b-umf.de/src/wp-content/uploads/2020/01/2019_12_17_bumfumfrage2019_v04.pdf (accessed June 2, 2021).
- 67 Birck A. Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *Z Für Klin Psychol Psychother* 2004; **33**: 101–9.
- 68 Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2009; **302**: 537–49.
- 69 Paunovic N, Öst L-G. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001; **39**: 1183–97.

- 70 Rosner R, Steil R. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. ; : 9.
- 71 Ruf M, Schauer M, Elbert T. Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Z Für Klin Psychol Psychother* 2010; published online July 27. <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1026/1616-3443/a000029> (accessed Oct 12, 2021).
- 72 Metzner F, Reher C, Kindler H, Pawils S. Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016; **59**: 642–51.
- 73 Classen G, Berlin F. Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge. ; : 21.
- 74 Böttche M, Heeke C, Knaevelsrud C. Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016; **59**: 621–6.
- 75 Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - eine systematische Übersicht. DOI:10.13109/prkk.2016.65.2.97.
- 76 Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; **38**: 581–6.
- 77 Böttche M, Stammel N, Knaevelsrud C. Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Nervenarzt* 2016; **87**: 1136–43.
- 78 Song SJ, Kaplan C, Tol WA, Subica A, de Jong J. Psychological distress in torture survivors: pre- and post-migration risk factors in a US sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; **50**: 549–60.
- 79 Knaevelsrud C, Brand J, Lange A, Ruwaard J, Wagner B. Web-Based Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder in War-Traumatized Arab Patients: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2015; **17**: e71.
- 80 Jensen TK, Skårdalsmo EMB, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2014; **8**: 29.

7. Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. aus Studienprotokoll „Häufigkeit von Substanzkonsum, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei jugendlichen Flüchtlingen in Deutschland.“	25
Abbildung 2. aus Studienprotokoll "Häufigkeit von Substanzkonsum, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei jugendlichen Flüchtlingen in Deutschland."	26
Abbildung 3. Herkunftsländer der Studienteilnehmer*innen	31
Abbildung 4. Häufigkeiten der verschiedenen Aufenthaltstitel der Studienteilnehmer*innen.(n=102)	34
Abbildung 5. Korrelationen zwischen Unterskalen der Selbstbeurteilung und Unterskalen der Fremdbeurteilung (mit freundlicher Genehmigung aus Walg, M., Löwer, F., Bender, S., & Hapfelmeier, G. (2022). Domain-specific discrepancies between self- and caseworkers' proxy- reports of emotional and behavioral difficulties in unaccompanied refugees. <i>Emotional and Behavioural Difficulties</i> , 27(2), 163–177. https://doi.org/10.1080/13632752.2022.2129369)	39
Abbildung 6. Angaben zur Aufenthaltssicherheit der Teilnehmer*innen, aufgeteilt in „unbekannt“, „befristet sicher“ und „unsicher“ (n=102)	42

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Überblick über Schutzformen und ihre Rechtsgrundlagen in Deutschland und international	15
Tabelle 2. Stichprobenbeschreibung und Eigenschaften der Proband*innen	33
Tabelle 3. T-Werte der Selbst- und Fremdbeurteilung sowie der jeweiligen Unterskalen	36
Tabelle 4. Vergleich der psychischen Belastung vor - und während der Pandemie im Selbst- und Fremdurteil	40
Tabelle 5. Unterskalen des Selbstbeurteilungsbogens (BSCL) und des Fremdbeurteilungsbogens (CBCL) im Vergleich der psychischen Belastung vor und während der Pandemie	41
Tabelle 6. Korrelation von Aufenthaltsdauer in Deutschland, psychischer Belastung im Selbst- oder Fremdurteil, und Alter der Studienteilnehmer*innen.....	43
Tabelle 7. Ergebnisse zu angegebener psychischer Belastung in der Selbst- und Fremdbeurteilung von Proband* innen in Psychotherapie oder nicht in Psychotherapie	44

8. Vorabveröffentlichungen von Ergebnissen

Walg, M., Löwer, F., Bender, S., & Hapfelmeier, G. (2022). Domain-specific discrepancies between self- and caseworkers' proxy- reports of emotional and behavioral difficulties in unaccompanied refugees. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 27(2), 163–177.
<https://doi.org/10.1080/13632752.2022.2129369>