

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Zentrum für Psychosoziale Medizin

Univ.-Prof. Dr. med.
Michael Schulte-Markwort

Prävalenz und Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung bei minderjährigen Flüchtlingen in einer ambulanten Versorgungseinrichtung in Deutschland

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Jakob Veeseer
aus Friedrichshafen

Hamburg 2020

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 16.06.2020**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Bernd Löwe

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Herleitung der Fragen und Hypothesen.....	18
3	Methoden	20
3.1	Studiendesign und Datenerhebung	20
3.2	Stichprobe	21
3.3	Variablen und Instrumente	22
3.3.1	PTBS	22
3.3.2	Alter	23
3.3.3	Geschlecht.....	23
3.3.4	Begleitstatus	23
3.3.5	Geburtsland	24
3.3.6	Aufenthaltsstatus	24
3.3.7	Traumatische Lebensereignisse	25
3.3.8	Zusätzliche Prädiktoren	26
3.3.9	Komorbide Auffälligkeiten	26
3.4	Auswertung	29
4	Ergebnisse	30
4.1	Soziodemographie.....	30
4.2	Prävalenz der PTBS	31
4.3	Prädiktoren	32
4.4	Komorbide Auffälligkeiten.....	33
4.5	Sensitivität, Regression, weitere Prädiktoren	34
5	Diskussion	36
6	Stärken und Limitationen.....	42
7	Ausblick.....	43
8	Zusammenfassung	44
9	Abkürzungsverzeichnis.....	45
10	Literaturverzeichnis.....	47
11	Danksagung.....	53
12	Lebenslauf (wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt).....	54
13	Eidesstattliche Versicherung.....	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe.....	30
Tabelle 2: Prävalenz PTBS und Diagnosekriterien.....	31
Tabelle 3: Vorhersagewahrscheinlichkeiten der Prädiktoren.....	32
Tabelle 4: Prävalenz komorbider Auffälligkeiten.....	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des diagnostischen Prozesses in der Flüchtlingsambulanz 20

1 Einleitung

Laut dem Hohen Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen (UNHCR) waren 2017 mit weltweit 68.5 Millionen mehr Menschen als je zuvor seit dem Zweiten Weltkrieg auf der Flucht vor Krieg, Konflikten und Verfolgung (UNCHR 2018). Die Bundesrepublik Deutschland hat in dieser Flüchtlingskrise eine zentrale Rolle in Europa übernommen und allein im Jahr 2015 1,1 Millionen Asylsuchende aufgenommen. Hiervon waren 137.000 zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in Deutschland minderjährig (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017). Aus der vorhandenen internationalen Literatur zu minderjährigen Flüchtlingen geht hervor, dass diese Population auch aufgrund der hohen Anzahl an erlebten traumatischen Erfahrungen ein erhöhtes Risiko für Traumafolgestörungen aufweist (McGregor, Melvin et al. 2015, Stotz, Elbert et al. 2015, Witt, Rassenhofer et al. 2015, Salari, Malekian et al. 2017).

Der Begriff Flüchtling bezeichnet laut Richtlinie 12/95/EU der Europäischen Kommission (2004) „einen Drittstaatsangehörigen, der [sich] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe [...] außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen will, oder einen Staatenlosen, der sich aus denselben vorgenannten Gründen außerhalb des Landes seines vorherigen gewöhnlichen Aufenthalts befindet und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen dieser Furcht nicht dorthin zurückkehren will“ (EU 2004).

Als minderjährig gelten in Deutschland nach §2 des Bürgerlichen Gesetzbuch Personen vor dem Erreichen der Volljährigkeit mit 18 Jahren. Sie werden vor dem Gesetz von ihren Erziehungsberechtigten oder einem Vormund vertreten. Folglich gelten Flüchtlinge, welche das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, als sogenannte minderjährige Flüchtlinge.

Eine gesonderte Unterpopulation der minderjährigen Flüchtlinge stellen die unbegleiteten, minderjährigen Flüchtlinge (UMF) dar. Ihre Definition erfolgt hier anhand der Vorlage des Workingpapers 26 des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2009), welches Minderjährige, die ohne Eltern oder Erziehungsberechtigte ins Bundesgebiet einreisen oder nach der Einreise von diesen über längere Zeit getrennt werden, der Gruppe der UMF zuordnet (Parusel 2009).

Als traumatisches Ereignis gilt „eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes [...], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling 2015). Traumatische Ereignisse können anhand der Häufigkeit ihres Vorkommens nach Terr (1954) in Monotraumatisierungen, sogenannte Typ-1-Traumata wie einen Autounfall, oder in komplexe Traumatisierungen, sogenannte Typ-2-Traumata wie beispielsweise wiederholter interfamilärer sexueller Missbrauch, eingeteilt werden (Terr 1994, Esser 2002). Während Typ-1-Traumata eher zu den klassischen PTBS-Symptomen führen, resultieren aus Typ-2-Traumata komplexere Symptombilder mit komorbiden Störungen (Terr 1994, Esser 2002). Des Weiteren ist eine Unterscheidung von beabsichtigten, sogenannten intendierten Traumata und akzidentiellen, zufälligen, Traumata möglich. Insgesamt hat sich gezeigt, dass multiple Traumatisierungen (Typ 2) und intendierende Traumata mit einem höheren Risiko zur Entwicklung einer PTBS einhergehen (Lieb 2012). Andere Autoren¹ unterscheiden auch nach dem Aspekt, ob ein Trauma personeller Natur, also von Menschenhand zugefügt, oder nicht-personeller Natur ist (Lempp 2016).

Wichtig in diesem Zusammenhang ist das Modell der sequentiellen Traumatisierung von Keilson (1979), welches erstmals den großen Einfluss des Umgangs mit dem betroffenen in der Phase nach dem Trauma betont (Keilson 1979). Der Autor zeigt hier an einer Stichprobe von jüdischen Waisenkindern, welche nach ihrer Flucht aus Deutschland in den Niederlanden leben, dass der Umgang mit eben diesen im Aufnahmeland einen enormen Einfluss auf die Entwicklung einer Traumafolgeproblematik

¹ Jetzt und im folgenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

hat. So ist festzuhalten, dass nicht nur das Trauma an sich, sondern auch die Phase danach großen Einfluss auf die Entwicklung von Traumafolgesymptomen haben.

Die potenziell traumatischen Erfahrungen von minderjährigen Flüchtlingen können anhand ihres zeitlichen Bezuges zur Flucht in drei Phasen unterteilt werden: Präfluchtphase, Fluchtphase und Postfluchtphase (Lustig et al, 2003). Krieg, häusliche Gewalt und Vernachlässigung kommen häufig vor der Flucht vor. Misshandlung durch Menschenhändler, Gefangenschaft und Obdachlosigkeit sind typisch für die Fluchtphase (Metzner, Reher et al. 2016). In der Postfluchtphase tritt die Traumatisierung durch fremdenfeindliche Übergriffe, Vorfälle in der Aufnahmeunterkunft sowie durch Trennung von Angehörigen in den Vordergrund (Metzner, Reher et al. 2016). Gormez et al. (2018) identifiziert in einer Stichprobe in die Türkei geflüchteter Kinder und Jugendlicher² aus Syrien, den Tod einer nahestehenden Person, zum Beispiel einem Elternteil, als am häufigsten erlebtes traumatisches Ereignis (56%) (Gormez, Kılıç et al. 2018).

Als Traumafolgestörungen werden „Reaktionen auf belastende Lebensereignisse, die nach Art und Ausmaß deutlich über das [...] zu Erwartende hinausgehen und denen aufgrund ihrer Ausprägung oder Folgen Krankheitswert zukommt [bezeichnet]. Dabei werden [...] die affektive Situation, die Leistungsfähigkeit und die sozialen Beziehungen beeinträchtigt“ (Möller 2015). Die Reaktionen auf das belastende Ereignis variieren individuell stark. Typische Symptome reichen von Depression und Angst über Reizbarkeit zu körperlicher Überaktivität und Schlafstörungen. Die Klassifizierung erfolgt anhand diverser Kriterien. Diese umfassen Art, Schwere und Dauer des Traumas, Beginn und Latenz der Reaktion sowie Art und Ausmaß der Symptomatik. Nach den führenden Klassifizierungssystemen „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) sowie „Diagnostic and

² Jetzt und im folgenden Text werden die Begriffe „minderjährige Flüchtlinge“ und „geflüchtete Kinder und Jugendliche“ synonym für geflüchtete Personen, welche die Volljährigkeit noch nicht erreicht haben, verwendet

Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) werden hauptsächlich drei Störungsbilder unterschieden: die akute Belastungsreaktion (F43.0)³, die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie die Anpassungsstörung (F43.2) (Möller 2015). Da die häufigste Traumafolgestörung unter minderjährigen Flüchtlingen mit Werten zwischen 4,4-86% die Posttraumatische Belastungsstörung ist, werden die beiden anderen Erkrankungen im Folgenden nur kurz umrissen und in der weiteren Arbeit nicht weiter untersucht (Bogic, 2015).

Die akute Belastungsreaktion tritt in einem engen zeitlichen Bezug zum Ereignis auf und dauert in der Regel mindestens drei Tage an. Die Klinik ist durch eine Angstreaktion gekennzeichnet, welche Formen des Wiedererlebens des auslösenden Ereignisses beinhaltet. Des Weiteren kann es zu dissoziativen Symptomen, Entfremdungserleben, Reizbarkeit und aggressivem Verhalten kommen (American-Psychiatric-Association 2014). Therapeutisch ist eine Entfernung vom Ort des belastenden Ereignisses sowie eine psychologische Krisenintervention, gegebenenfalls im stationären Setting, zielführend. Wenn eine Symptombelastung über vier Wochen hinaus besteht, muss eine weitere Abklärung erfolgen, welche mögliche Differentialdiagnosen abdeckt (Volz 2015). Die akute Belastungsreaktion kann behandelt und unbehandelt in eine PTBS übergehen (Maier 2012).

Eine Anpassungsstörung tritt laut American Psychiatric Association innerhalb von drei Monaten nach Beginn des belastenden Ereignisses auf und hält selten länger als sechs Monate nach Abschluss dieses Ereignisses an (American-Psychiatric-Association 2014). Belastungsfaktoren hierfür sind bei Jugendlichen Schulprobleme, Trennung der Eltern und ein Umzug an einen anderen Ort, wohingegen bei Erwachsenen Beziehungs-, Arbeitsplatz- und Drogenprobleme im Vordergrund stehen (Lieb 2012). Die Anpassungsstörung äußert sich mit Symptomen des depressiven Spektrums wie depressiver Stimmung, Angst, Besorgnis und dem Gefühl des Nicht-Zurechtkommens (Bandelow 2008). Die Therapie erfolgt einerseits pharmakologisch mittels

³ Nummerierung erfolgt jetzt und im folgenden Text nach ICD-10

Antidepressiva, respektive aus den Gruppen der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und der Trizyklika, andererseits psychotherapeutisch über verhaltenstherapeutische sowie psychoanalytisch-psychodynamische Verfahren (Möller 2015). Die Prognose ist als gut anzusehen, da in der Regel nach drei Monaten eine Remission der Symptome auftritt, wobei Jugendliche häufig länger unter den Symptomen leiden als Erwachsene (Rupprecht 2006).

Die Posttraumatische Belastungsstörung „...entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis, [...welches...] bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling 2015). Die 12-Monats-Prävalenz gemäß DSM-V Kriterien wird in den USA mit 3,5% weit höher angegeben als in Europa mit 0,5-1,0% (American-Psychiatric-Association 2014). Die Diagnose kann laut ICD-10 gestellt werden, wenn zwischen Beginn der Erkrankung und auslösendem Ereignis nicht mehr als sechs Monate vergangen sind. Ist dies nicht der Fall, die Symptomatik aber typisch und kein Anhalt auf eine andere psychische Erkrankung vorhanden, ist auch dies zur Diagnosestellung hinreichend (Dilling 2015). Vier Symptomgruppen sind ausschlaggebend für die Diagnosestellung. Diese sind wiederholtes Erleben des Traumas (Intrusion), vegetative Übererregtheit (Hyperarousal), Vermeidung von Triggerfaktoren und der emotionale und soziale Rückzug (Numbing) (Möller 2015). Das Wiedererleben, welches auch als Intrusion bezeichnet wird, erfolgt im Rahmen sogenannter Wiederhallerinnerungen oder Flashbacks, welche so intensiv sein können, dass der Patient Realität und Erinnerung nicht zu unterscheiden weiß. Auch der Schlaf ist gestört, da es zu Alpträumen sowie plötzlichem schreckhaften Erwachen kommt. Die körperlichen Reaktionen entsprechen den erlebten während des Traumas, so kommt es zu Herzklopfen, Nachtschweiß, Atembeschwerden, Zittern und innerer Unruhe (Berger 1999). Die vegetative Übererregtheit (Hyperarousal) wird oft von übermäßiger Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörung und erhöhter Reizbarkeit begleitet. Der soziale und emotionale Rückzug äußert sich in Teilnahmslosigkeit und Anhedonie. Ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber Triggerfaktoren mit Bezug zum Trauma ist typisch (Möller 2015). So kann „...z.B. das Martinshorn eines Feuerwehwagens [...] die physiologische Reaktion wie bei dem Trauma“ hervorrufen (Berger 1999). Da die Diagnostik der PTBS für diese Arbeit eine zentrale Bedeutung hat, wird

im Folgenden genauer auf die Diagnosestellung für die Forschung nach ICD-10-Kriterien eingegangen. Die ICD-10-Forschungskriterien sind in die Kriterien A-E unterteilt, welche wie folgt lauten (Dilling, Mombour et al. 1994):

- A. Es lag ein Ereignis besonderer Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes von kurzer oder langer Dauer vor, welches bei fast jedem tiefe Verzweiflung auslösen würde.
- B. Es liegen ein oder mehrere Symptome der anhaltenden Erinnerung oder des Wiedererlebens wie Flashbacks, Alpträume oder verstärkte psychische oder körperliche Reaktionen auf Trigger-Faktoren vor.
- C. Es werden belastende Umstände, welche an das Trauma erinnern, tatsächlich oder möglichst vermieden. Dies war vor dem Trauma nicht der Fall.
- D. Entweder 1. oder 2.
 - 1. Es liegen Erinnerungslücken bezüglich des Traumas vor.
 - 2. Es liegen mindestens zwei Symptome einer gesteigerten psychischen Sensitivität und Erregung wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit vor, die vor der Belastung nicht vorhanden waren.
- E. Die Kriterien B, C und D treten innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der Belastung auf. Ein späterer Beginn ist möglich, sollte aber gesondert angegeben werden.

DSM-V und die Vorgängerversion DSM-IV variieren in den Kriterien etwas im Vergleich zur ICD-10, wobei die Kriterien A-D2 in ähnlicher Form auftauchen. Zusätzlich erfordert die Diagnose nach beiden Versionen des DSM aber auch ein Kriterium der kognitiven und affektiven Verflachung sowie einen deutlichen Leidensdruck seitens des Betroffenen oder eine Beeinträchtigung im Sozialleben. Das zeitliche Kriterium sieht hier eine Dauer von mehr als einem Monat vor und lässt bei verspäteter Erfüllung aller Symptome nach mindestens 6 Monaten die Zusatzbezeichnung „mit verzögertem Beginn“ zu (American-Psychiatric-Association 2014).

Laut Steinhausen (2010) lassen sich die Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS anhand ihrer zeitlichen Beziehung zum Trauma in prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren unterteilen (Steinhausen 2010). Diese lassen sich nach DSM-V noch

weiter in Temperaments-, Umwelt- und genetische bzw. physiologische Faktoren aufteilen (American-Psychiatric-Association 2014). Zu den prätraumatischen Temperamentsfaktoren zählen emotionale Probleme in der Kindheit, externalisierende Auffälligkeiten und vorbestehende psychische Erkrankungen (Steinhausen 2010). Steinhausen (2010) zählt zu den prätraumatischen Umweltfaktoren Minoritäten-Status, niedriger sozioökonomischer Status, prätraumatische psychische Störung und eine Vortraumatisierung. Zu den prätraumatischen genetischen und physiologischen Faktoren zählen hier geringes Lebensalter und das weibliche Geschlecht (Steinhausen 2010). Als peritraumatische Umweltfaktoren gelten laut Steinhausen (2010) der Schweregrad des Traumas, eine wahrgenommene Lebensgefahr, Tod oder Verletzung bekannter Personen, Ressourcenverlust (z.B. Zerstörung des Hauses) und eigene Verletzungen. Als posttraumatische Temperamentsfaktoren gelten eine negative Bewertung sowie das Auftreten einer Belastungsreaktion. Posttraumatische Umweltfaktoren sind mangelnde soziale Unterstützung, Wohnortwechsel und weitere belastende Lebensereignisse (Steinhausen 2010).

Als Differentialdiagnosen kommen die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung, die Zwangsstörung sowie die Psychose in Betracht (Steinhausen 2010). Kommt es zusätzlich zu den PTBS-Symptomen unter anderem auch zu Störungen der Affektregulation, Impulskontrollstörungen, schweren dissoziativen Zuständen, multiplen Somatisierungen und einem generellen Sinn- und Werteverlust, kann die Diagnose der komplexen PTBS vergeben werden (Lieb 2012).

Therapeutisch steht die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie im Vordergrund. Diese basiert hier vor allem auf Psychoedukation, Stabilisierung im Alltag, Exposition und kognitiver Intervention. Die Erarbeitung einer realistischen Sichtweise auf das Erlebte, Überwindung der Vermeidung, Symptomkontrolle, Traumaexposition und Neuinterpretation des Erlebten sind Kernmerkmale der psychotherapeutischen Arbeit (Lempp 2016). Die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie“ (EMDR) gilt hier als wirksames kognitives Expositionsverfahren. Dabei sind die sakkadischen Augenbewegungen bei der Exposition von entscheidender Bedeutung, obwohl der neurobiologische Zusammenhang nicht abschließend geklärt ist (Tölle 2012).

Vor dem Start der Verhaltenstherapie muss eine komorbide depressive Episode ausgeschlossen werden, da diese durch Exposition verstärkt wird (Ebert 2011). Ferner kommen auch tiefenpsychologisch-fundierte Verfahren, wie zum Beispiel die „Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie“ nach Reddemann, zum Einsatz (Reddemann 2014). Zusätzlich kann eine medikamentöse Therapie sinnvoll sein. Hier stellen die Serotonin-wiederaufnahmehemmer, welche schleichend eindosiert werden sollten, das Mittel der ersten Wahl dar. Die Gruppe der Benzodiazepine sollte nur restriktiv zum Einsatz kommen, da PTBS-Patienten zum Substanzabusus neigen (Leucht 2012).

Kinder und Jugendliche gelten mit einer Prävalenz von 6-8% als besonders gefährdet für die Entwicklung einer PTBS. So entwickeln 7-14% der Jugendlichen nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS (Steinhausen 2010, Remschmidt 2011). Wie bei Erwachsenen auch, werden bei Kindern Schutz- und Risikofaktoren unterschieden. So zählen eine gute Eltern-Kind-Beziehung, ein harmonisches familiäres Umfeld und Unterstützung durch Altersgenossen und Lehrer im sozialen Umfeld als Schutzfaktoren (Goodman 2016). Wohingegen familiäre Dysfunktion, Probleme mit Gleichaltrigen und soziale Benachteiligung die Widerstandsfähigkeit der Kinder schwächen (Goodman 2016). Die Einteilung der Risikofaktoren erfolgt auch hier nach dem zeitlichen Bezug zum Trauma. Prätraumatische Faktoren im Kinder- und Jugendalter sind eine genetische Vorbelastung ebenso das weibliche Geschlecht, psychische Erkrankungen der Eltern und Armut der Familie. Die Trennung von den Eltern während des Traumas gilt als wichtiger peritraumatischer Risikofaktor, während unzureichende soziale Unterstützung, wiederholte Konfrontation, Schul- und Ortswechsel nach dem Ereignis und eine ungünstige elterliche Trauma-Bewertung posttraumatische Risikofaktoren darstellen (Lempp 2016). Das klinische Bild zeichnet sich auch bei Kindern durch die oben bereits genannten Symptomgruppen aus, wobei das Wiedererleben, die sogenannte Intrusion, laut ICD-10 das Hauptkriterium darstellt. Patienten berichten über wiederholte Erinnerungen an das Ereignis, welche sie selbst nicht kontrollieren können, die sich sehr real anfühlen und von intensiven Emotionen begleitet werden. Als weitere Symptome gelten Vermeidungsverhalten bezüglich trauma-bezogener Reize, Symptome emotionaler Taubheit sowie physiologische Überdrehtheit, welche auch als Hyperarousal bezeichnet wird. Bei Kindern und Jugendlichen äußern sich diese Faktoren

aber auf andere Art und Weise als bei Erwachsenen. So äußert sich das Wiedererleben häufig im Spiel oder in Zeichnungen. Die emotionale Taubheit zeigt sich insbesondere bei Jugendlichen in einer pessimistischen Zukunftssicht (Esser 2002).

Diagnostisch stehen die Fremd- und Eigenanamnese mit Eruiierung des traumatischen Ereignisses und speziellen Fragen nach Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Übererregtheit im Vordergrund. Bei kleineren Kindern kann die Spielbeobachtung zielführend sein. Zusätzlich kann auf halbstrukturierte Interviews, Skalen und Fragebogen zurückgegriffen werden (Remschmidt 2011). Therapeutisch stehen bei Kindern- und Jugendlichen wie im Erwachsenenalter psychotherapeutische und medikamentöse Ansätze zur Verfügung. Zuerst sollte eine Psychoedukation für den Patienten und dessen Eltern erfolgen, welche Symptome entpathologisiert und Behandlungsmodelle aufzeigt. Zusätzlich sollte eine Stabilisierung des Patienten über Verfahren zur Entspannung und Gefühlsregulation erfolgen. Im Verlauf ist eine massierte Exposition das Mittel der Wahl, da das Vermeidungsverhalten die PTBS-Symptomatik aufrechterhält. Die EMDR, welche bei Erwachsenen im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen oft zur Anwendung kommt, ist bei Kindern noch unzureichend erforscht (Remschmidt 2010). Medikamentös stehen auch bei Kindern und Jugendlichen die SSRI an erster Stelle, wobei auch Benzodiazepine und atypische Neuroleptika teilweise im Off-Label-Use zum Einsatz kommen. Die medikamentöse Therapie soll über einen ausreichend langen Zeitraum, bei chronischer PTBS 12 bis 24 Monate, zum Einsatz kommen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 2007). Unbehandelt verläuft die PTBS häufig chronisch und steigert das Risiko von Folgeerkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch (Remschmidt 2011).

In einer Stichprobe von 50 minderjährigen Flüchtlingen in Australien beschreiben McGregor et al. (2015), dass 40% der Studienteilnehmer PTBS Symptome aufweisen (McGregor, Melvin et al. 2015). Rothe et. al (2002) ermitteln mit 57% in einer kubanisch-stämmigen Stichprobe, nach dem Aufenthalt in einem Flüchtlingscamp in den USA, eine noch höhere PTBS-Belastung (Rothe, Lewis et al. 2002). Almqvist und Brandell-Forsberg (1997) hatten bereits im Jahr 1997 unter nach Schweden geflüchteten Kindern und Jugendlichen aus dem Iran mit 21% eine weit niedrigere PTBS-Symptombelastung beschrieben (Almqvist and Brandell-Forsberg 1997). In einer Studie von Salari et al. (2017) konnte für eine Stichprobe UMF in Schweden sogar eine

Belastung von 76% ermittelt werden (Salari, Malekian et al. 2017). Diese Beispiele demonstrieren beispielhaft die hohe Variabilität der PTBS-Symptome in den einzelnen Studien, zeigen aber auch, dass das PTBS-Risiko über alle Studien hinweg für minderjährige Flüchtlinge im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung selben Alters, wie oben im Text beschrieben, erhöht ist.

Minderjährige Flüchtlinge erfüllen per se viele der in den vorherigen Kapiteln genannten Risikofaktoren. So haben sie im Aufnahmeland einen Minoritätenstatus sowie einen eher niedrigen sozioökonomischen Status. Häufig liegen Vortraumatisierungen und mangelnde soziale Unterstützung vor. Das Kriterium des Wohnortwechsels und des Ressourcenverlustes ist jeweils als gesetzt zu sehen. Aus der Literatur gehen weitere Risikofaktoren speziell für minderjährige Flüchtlinge hervor. So zeigt Sourander (1998) in einer finnischen Studie, dass jüngere, minderjährige Flüchtlinge mehr PTBS-Symptome als die älteren aufweisen (Sourander 1998). Ajduvic (1998) zeigt in einer bosnischen Stichprobe, dass, analog zu gleichaltrigen nicht-geflüchteten Kindern und Jugendlichen, weibliche minderjährige Flüchtlinge eine signifikant höhere PTBS-Symptombelastung haben als männliche (Ajdukovic 1998). Als protektiver Faktor gilt das Vorhandensein von Familienmitgliedern; so haben minderjährige Flüchtlinge, die unbegleitet nach Deutschland kommen, ein höheres Risiko für Traumafolgeerkrankungen (Reavell and Fazil 2017). Laut Lillee et al. (2015) sind süd-west-asiatische geflüchtete Kinder und Jugendliche besonders gefährdet, gefolgt von den afrikanischen. Die Einteilung der Weltregionen erfolgt bei Lillee et al. (2015) angelehnt an die Einteilung der Vereinten Nationen (1999) (Nationen 1999, Lillee and Thambiran 2015). Ein Risikofaktor der PTBS, der oft für Flüchtlingspopulationen postuliert wird, ist der unsichere Aufenthalts-Status, wie ihn auch Heeren et. al (2016) in einer Schweizer Stichprobe beschreibt. So sind Migranten mit einem unsicheren Aufenthaltstitel signifikant stärker belastet als solche mit einem sicheren⁴ (Heeren, Wittmann et al. 2016). Die Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse ist laut einem Review von Bogic et al. (2015) der

⁴ Als sicherer Aufenthaltsstatus wird umgangssprachlich in Deutschland der Aufenthaltstitel nach §4, Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes bezeichnet. Die Aufenthaltsgestattung, die Duldung und die Fiktionsbescheinigung sind hingegen Dokumente, die keine Aufenthaltstitel darstellen, sondern lediglich einen Aufenthaltsstatus nachweisen (vgl. §7 und §10 Aufenthaltsgesetz). Just, W.-D. (2003). 20 Jahre Kirchenasylbewegung. Karlsruhe, Loeper Karlsruhe.

Faktor, der am robustesten mit der Entwicklung einer PTBS korreliert (Bogic, Njoku et al. 2015). Zusätzlich sind eine lange Fluchtdauer und das Herkunftsland entscheidende Risikofaktoren (Van Os, Kalverboer et al. 2016). Ob eine längere Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland einen Risikofaktor im posttraumatischen Sinne darstellt oder als protektiv anzusehen ist, variiert stark zwischen den Studien. In einem Review von Tam et al. überwiegt aber der Teil der Studien, die eine protektive Wirkung eines längeren Aufenthalts im Aufnahmeland beschreiben. (Tam, Houlihan et al. 2017). Ein weiterer protektiver Faktor ist laut Ringold et al. ein niedrigerer Bildungsgrad, was Liliee et al. in ihrem Review nicht bestätigen konnten (Ringold, Burke et al. 2005, Liliee and Thambiran 2015). Berman et al. (2001) bestätigen in ihrer Studie, dass auch die Trennung von der Familie während des traumatischen Ereignisses einen ausschlaggebenden peritraumatischen Risikofaktor darstellt (Berman 2001). Selbst der Verbleib in einem Kriegsgebiet mit den Eltern gilt als geringerer Risikofaktor als allein zu fliehen (Drury and Williams 2012).

Wie bereits Witt et al. (2015) in ihrem Review zum Thema anmerken, liegen zu geflüchteten Kindern und Jugendlichen zwar einige europäische, aber sehr wenige deutsche oder deutschsprachige Studien vor (Witt, Rassenhofer et al. 2015). Stotz et al. (2015) beschreiben in einer in Deutschland lebenden Stichprobe von 32 geflüchteten Kindern und Jugendlichen im Durchschnitt drei erlebte traumatische Ereignisse für die Teilstichprobe derer, die in Begleitung ihrer Eltern in Deutschland sind, und 7 für die UMF. Die häufigsten traumatischen Ereignisse sind laut Stotz et al. (2015) kriegerische Auseinandersetzungen (16%), Verletzung oder Tod eines Nahestehenden (14%) sowie Gefangenschaft und Folter (11%). 28% der minderjährigen Flüchtlinge erfüllen in der Stichprobe die diagnostischen PTBS-Kriterien (Stotz, Elbert et al. 2015). Auch Gavranidou et al. (2008) finden im Durchschnitt drei belastende Lebensereignisse im Zusammenhang mit der Flucht bei einer Stichprobe von in Münchner Flüchtlingsunterkünften lebenden Kindern und Jugendlichen. Es kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl an potenziell traumatischen, direkten Kriegserfahrungen und der PTBS-Symptombelastung aufgezeigt werden. Die Fluchtdauer wird hier meist als unter einem Monat angegeben (Gavranidou, Niemiec et al. 2008). Huemer et al. (2011) bestätigen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Österreich die höhere Belastung der UMF im Vergleich zu denen, die mit ihren Eltern im Aufnahmeland sind

(Huemer, Karnik et al. 2011). Ruf et al. (2010) zeigen in einer baden-württembergischen Untersuchung, dass 19% der geflüchteten Kinder und Jugendlichen in Aufnahmeeinrichtungen das Vollbild einer PTBS aufweisen. Die Anzahl der unterschiedlichen traumatischen Lebensereignisse wird in dieser Studie als signifikanter Risikofaktor für die Schwere der PTBS identifiziert, wohingegen weder Alter noch Geschlecht signifikant mit der PTBS-Ausprägung korrelieren (Ruf, Schauer et al. 2010). Walg. et al. (2016) zeigen eine PTBS-Häufigkeit von 36% bei einer Inanspruchnahme-Population einer Düsseldorfer Clearingstelle für UMF. 98% der Befragten berichten von mindestens einem traumatischen Erlebnis (Walg, Fink et al. 2016).

2 Herleitung der Fragen und Hypothesen

Es soll die Häufigkeit von Posttraumatischen Belastungsstörungen in einer Stichprobe von geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfasst werden. Hierbei gilt es zu belegen, dass die PTBS-Prävalenz unter geflüchteten Kindern und Jugendlichen in ambulanter Versorgung signifikant höher als bei gleichaltrigen nicht geflüchteten Kindern und Jugendlichen liegt. Die PTBS-Prävalenz unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt, wie oben im Text genannt, bei 6.0-8.0% (Steinhausen 2010, Remschmidt 2011); es handelt sich bei der hier untersuchten Stichprobe jedoch um eine Inanspruchnahme-Population, welche zusätzlich eine vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeit für traumatische Lebensereignisse aufweist. Aus diesem Grund wurde in der aktuellen Studie eine Prävalenz über 10.0% als erhöht angesehen.

Zusätzlich soll der Zusammenhang aus der Literatur bekannter Risiko- und Schutzfaktoren auf die Entwicklung einer PTBS unter geflüchteten Kindern und Jugendlichen genauer betrachtet werden. Im Speziellen soll dabei folgende Risikofaktoren statistisch mit der Entwicklung einer PTBS korreliert werden: das Alter, um aufzuzeigen, ob jüngere geflüchtete Kinder und Jugendliche stärker belastet sind als ältere (Sourander 1998); das Geschlecht, da die vorhandene Literatur nahelegt, dass weibliche geflüchtete Kinder und Jugendliche stärker belastet sind als männliche (Ajdukovic 1998); das Vorhandensein von Bezugspersonen im Aufnahmeland, da UMF in der vorhandenen Literatur ein höheres Risiko zur Entwicklung einer PTBS zugeschrieben wird als solchen, die mit ihren Eltern im Aufnahmeland sind (Huemer, Karnik et al. 2011); das Geburtsland, um aufzuzeigen, ob süd-west-asiatische geflüchtete Kinder und Jugendliche stärker belastet sind als solche aus anderen Regionen, wie bei Lillee et al.(2015) beschrieben (Lillee and Thambiran 2015); der Aufenthaltsstatus, um zu klären, ob ein unsicherer Aufenthaltsstatus das PTBS-Risiko erhöht (Heeren, Wittmann et al. 2016); sowie die Zahl der traumatischen Lebensereignisse, um zu bestätigen, dass diese positiv mit der PTBS-Häufigkeit korreliert (Ruf, Schauer et al. 2010).

In einem zweiten Ansatz sollen noch weitere Risiko- und Schutzfaktoren auf die PTBS von minderjährigen Geflüchteten untersucht werden. Hierzu zählen: die Dauer des

Aufenthalts im Aufnahmeland, um aufzuzeigen, ob geflüchtete Kinder und Jugendliche, welche schon länger im Aufnahmeland sind, eine geringere PTBS-Häufigkeit aufweisen (Tam, Houlihan et al. 2017) und der Bildungsstand um zu evaluieren ob solche mit einem niedrigeren Bildungsniveau weniger PTBS aufweisen (Lillee and Thambiran 2015).

Die Untersuchungsfragen lauten:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von PTBS in einer Inanspruchnahme-Population von geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Deutschland?
2. Welchen Vorhersagewert haben Alter, Geschlecht, Begleitstatus, das Geburtsland, der Aufenthaltsstatus sowie die Anzahl traumatischer Ereignisse für das Vorliegen einer PTBS-Diagnose in dieser Population?
3. Welchen Vorhersagewert haben die Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland und der Bildungsstand?

Die Arbeitshypothesen lauten wie folgt:

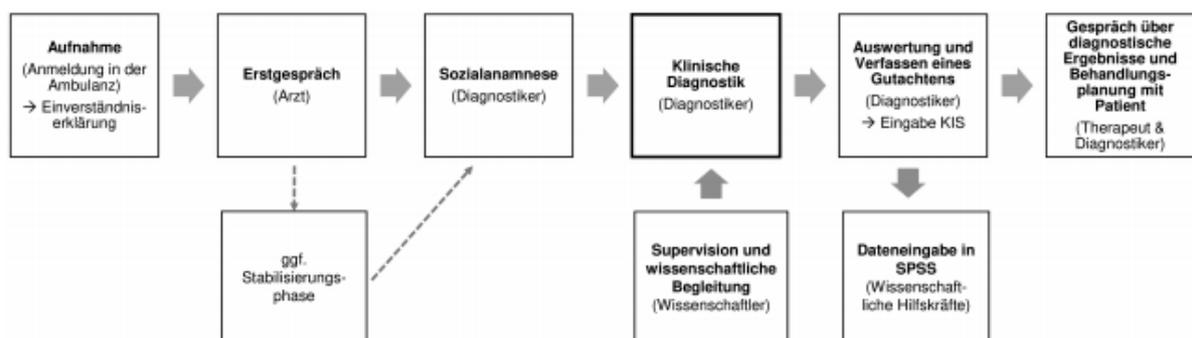
- I. Über 10% der minderjährigen Flüchtlinge in der ambulanten Versorgungseinrichtung weisen eine posttraumatische Belastungsstörung auf.
- II. Die ausgewählten Prädiktoren erklären insgesamt, aber auch jeder für sich, signifikante Varianz im Outcome. Dabei erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose für Jüngere, Mädchen, Unbegleitete, Süd-West-Asiaten, geflüchtete Kinder und Jugendliche mit unsicherem Aufenthaltsstatus und mehr erlebten traumatischen Ereignissen.
- III. Die zusätzlich ausgewählten Prädiktoren erklären insgesamt, aber auch jeder für sich, signifikante Varianz im Outcome. Dabei erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose für geflüchtete Kinder und Jugendliche mit einem höheren Bildungsstand und einer kürzeren Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland.

3 Methoden

3.1 Studiendesign und Datenerhebung

Die Daten wurden in der Flüchtlingsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durch deren Mitarbeiter erhoben. Die Flüchtlingsambulanz bietet geflüchteten Kindern und Jugendlichen eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung durch ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten, Pädagogen, Sozialpädagogen und Sprachmittlern an. Einer der Behandlungsschwerpunkte hierbei liegt auf Traumafolgestörungen wie PTBS, Depressionen, Angst- und Schlafstörungen. Die zweistufige Erhebung erfolgte, zwischen Oktober 2016 und April 2018, wie in Abbildung 1 visualisiert. Zuerst erfolgte eine ärztliche Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit des Patienten und seiner ausreichenden psychischen und physischen Stabilität für den Diagnoseprozess. War dies der Fall und lag die Einverständniserklärung zur Teilnahme seitens des Probanden bzw. des Vormundes vor, wurde mit der Diagnostik begonnen. Zuerst erfolgte die Erhebung der Sozialanamnese, danach die klinisch-psychologische Diagnostik. Dabei wurden sowohl standardisierte klinische Interviews als auch standardisierte fragebogenbasierte Testverfahren interviewbasiert durchgeführt. Die Testdauer betrug an drei Terminen jeweils 50 Minuten. Die Untersuchung basiert somit auf dem Selbsturteil der Studienteilnehmer. Die Gespräche fanden entweder auf Deutsch oder in der Muttersprache des Probanden statt. Hierfür konnten Sprachmittler hinzugezogen werden.

Ablauf des diagnostischen Prozesses in der Flüchtlingsambulanz:



Anmerkung: KIS = Klinikinformationssystem.

Abbildung 1: Ablauf des diagnostischen Prozesses in der Flüchtlingsambulanz (Barthel, Ravens-Sieberer et al. 2019)

3.2 Stichprobe

Die Studienpopulation umfasste alle acht- bis zwanzigjährigen Flüchtlinge, die im Untersuchungszeitraum das Versorgungsangebot der Flüchtlingsambulanz in Anspruch genommen haben. Die tatsächliche Stichprobe umfasst 169 Personen im Alter zwischen 9-20 Jahren, welche aus ihrer Heimat nach Deutschland geflohen sind und auf Grund des Verdachts einer psychischen Erkrankung die Flüchtlingsambulanz des UKE aufgesucht haben. Ausschlusskriterien waren eine zu starke psychische Belastung im ärztlichen Erstgespräch, aktuell vorliegende psychotische Symptome bzw. eine Schizophrenie sowie jegliche Rauschmittelintoxikation im Erstgespräch.

Diese Adhoc-Stichprobe soll für eine Inanspruchnahme-Population in einer deutschen Großstadt, welche eine universitäre Versorgungseinrichtung für minderjährige Flüchtlinge besitzt, repräsentativ sein.

Im Mai 2017 wurde ein positives Votum (05/2017-PTK-HH) der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg ausgesprochen (Barthel, Ravens-Sieberer et al. 2019).

3.3 Variablen und Instrumente

3.3.1 PTBS

Die Erfassung der Prävalenz an Posttraumatischer Belastungsstörung erfolgt über das Modul K des „Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents“ (MINI-KID). Dieses Testverfahren wurde für die PTBS-Diagnose nach DSM-IV und ICD-10 entwickelt und validiert (Sheehan, Sheehan et al. 2010). Für die vorliegende Arbeit wird die ICD-10 als in Deutschland geltendes Diagnosesystem bevorzugt benutzt. Das strukturierte klinische Interview von Sheehan et al. (2010) liegt hierfür in übersetzter deutscher Version von Plattner et al. (2003) vor. Die Items des MINI-KID, welche sich auf ein belastendes Lebensereignis und dessen persönliche emotionale Bewertung beziehen, können mit den Antwortmöglichkeiten „Nein“ (0) und „Ja“ (1) beantwortet werden (Sheehan, Lecrubier et al. 1998, Plattner 2003). Im Mini-KID orientiert sich die Diagnosestellung an den Kriterien der DSM-IV. So werden das A- und das B-Kriterium, Trauma und Wiedererleben, durch jeweils ein Item erfragt die Kriterien C und D, Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit, werden durch mehrere Items erfasst und in der Spalte 1, welche aus sieben Items besteht, bzw. Spalte 2, welche aus fünf Items besteht, zusammengezählt. Eine Diagnose erfolgt, wenn die Items für A und B mit „Ja“ beantwortet wurden, die Spalte 1 einen Wert größer/gleich 2 annimmt und die Spalte zwei einen Wert größer/gleich 1 annimmt.

Da sich das MINI-KID vorwiegend an den Kriterien des DSM-IV orientiert, ist in dieser Arbeit in einem zweiten Schritt eine Berechnung der PTBS-Prävalenz nach exakten ICD-10- und DSM-V-Kriterien für die PTBS-Prävalenz erfolgt.

Zur Berechnung der PTBS-Prävalenzen nach exakten ICD-10-Kriterien wird eine Diagnose nur dann vergeben, wenn jedes einzelne Kriterium in der vorgegebenen Anzahl vorliegt. Dafür wird die ursprüngliche Zuordnung zu den Spalten 1 und 2 aufgehoben und die einzelnen Items den ICD-10-Kriterien A, B, C, D1 und D2, wie sie in der der Einleitung aufgelistet sind, zugeordnet. Kriterium A, B und D1 werden jeweils über ein Item erfasst und müssen zur Diagnosestellung jeweils mit „Ja“ beantwortet sein. Das Kriterium C entspricht zwei der erfassten Items, von denen mindestens eines mit „Ja“ beantwortet sein musste. Das Kriterium D2 wird über fünf Items erfasst, wovon

mindestens zwei mit „Ja“ beantwortet werden mussten (Dilling 2011). Das Kriterium E wird durch das Modul K des MINI-KID nicht explizit erfragt.

Zur Berechnung der PTBS-Prävalenzen nach exakten DSM-V Kriterien wird die Zuordnung der Items zu den Kriterien, wie bereits zur exakten ICD-10-Berechnung, erneut an die Vorgaben angepasst. So werden die Kriterien A (Bedrohung mit Tod, ernsthafter Verletzung oder sexuelle Gewalt) und B (Intrusionssymptome) nach DSM-5 jeweils durch ein Item erfasst, welches jeweils mit „Ja“ beantwortet sein muss. Das Kriterium C (anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind) wird durch zwei Items erfasst, von denen mindestens eines mit „Ja“ beantwortet sein muss. Die Kriterien D (negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung nach dem Trauma) und E (anhaltende Symptome erhöhten Arousals und übersteigter Reaktionen) werden jeweils mit fünf Items erfasst, von denen jeweils mindestens zwei mit „Ja“ beantwortet sein müssen. Die Kriterien F (Dauer über einen Monat) und G (klinisch bedeutsamen Leid oder Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderer bedeutsamer Fähigkeiten) werden gemeinsam durch ein Item erfragt (Dressing and Foerster 2014).

3.3.2 Alter

Das Alter der Patienten wird in der Sozialanamnese durch die Abfrage des Geburtsdatums im Format Monat/Jahr erfasst. Daraus wird die Variable „Alter zum Zeitpunkt der Sozialanamnese“ errechnet.

3.3.3 Geschlecht

Das Geschlecht der Teilnehmer wird als Teil der Sozialanamnese mit den dichotomen Antwortmöglichkeiten „männlich“ (0) und „weiblich“ (1) erfasst.

3.3.4 Begleitstatus

Ob die Teilnehmer als UMF gelten, wird über das Item „Aufenthalt in Deutschland“ mit den dichotomen Antwortoptionen „begleitet“ (0) und „unbegleitet“ (1) abgefragt, wobei

die Definition des Unbegleitet-Seins Im Fragenbogen durch eine Fußnote erklärt wurde. Als minderjährige Flüchtlinge werden anhand der Vorlage des Workingpapers 26 des BAMF (2009) Minderjährige, die ohne Eltern oder Erziehungsberechtigte ins Bundesgebiet einreisen oder nach der Einreise von diesen über längere Zeit getrennt werden, eingeordnet. (Parusel 2009).

3.3.5 Geburtsland

Zur Klärung der Herkunft wird das Geburtsland über das Item „Geburtsland“ der Sozialanamnese mit den vorgegeben Antwortoptionen „Afghanistan“, „Syrien“, „Eritrea“, „Somalia“, „Iran“, „Ägypten“, „Guinea“ und „Andere“ erfasst. Die Option „Andere“ lässt eine Freitextantwort zu. Zusätzlich zum Geburtsland wird auch die Staatsangehörigkeit erhoben. Nach Sichtung der Ergebnisse wurde aufgrund weitestgehender Übereinstimmung beschlossen, allein das Geburtsland als Herkunftsvariable zu nutzen. Im Zuge der Auswertung wurden die Geburtsländer in zwei Kategorien zusammengefasst. Die Kategorisierung erfolgt anhand der Weltregionen wie bei Lillee et al.(2015) (Lillee and Thambiran 2015). Um die Hypothese des höheren PTBS-Risikos für südwest-asiatische geflüchtete Kinder und Jugendliche zu überprüfen, wird eine Kategorisierung nach „Süd-West-Asiaten“ und „Andere Regionen (Afrika und Ost-Europa)“ vorgenommen. Geflüchtete Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Syrien, Iran, Irak und Saudi-Arabien werden der Gruppe „Süd-West-Asien“ zugeordnet. Zur Gruppe „Andere Regionen (Afrika und Ost-Europa)“ gehören Studienteilnehmer aus Eritrea, Somalia, Ägypten, Guinea, Benin, Tschetschenien, Algerien, Äthiopien, Gambia und Inguschetien.

3.3.6 Aufenthaltsstatus

Als sicherer Aufenthaltsstatus wird umgangssprachlich in Deutschland der Aufenthaltstitel nach §4, Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes bezeichnet. Die Aufenthaltsgestattung, die Duldung und die Fiktionsbescheinigung sind hingegen Dokumente, die keine Aufenthaltstitel darstellen, sondern lediglich einen Aufenthaltsstatus nachweisen (vgl. §7 und §10 Aufenthaltsgesetz). Das Kirchenasyl stellt keinen eigenen Rechtstatus da, bewirkt aber in der Praxis eine erneute Prüfung des asyl- beziehungsweise

ausländerrechtlichen Verfahrens (Just 2003). Der Aufenthaltsstatus wird über ein Item der Sozialanamnese erfasst. Die Antwortvariablen des Items lauten „Aufenthalts-gestattung“, „Duldung“, „Aufenthaltstitel“ und „Kirchenasyl“. Nach den oben beschriebenen Rechtsvorschriften werden der Aufenthaltstitel als sicherer Aufenthaltsstatus betrachtet, während „Duldung“, „Aufenthaltstitel“ und „Kirchenasyl“ als unsicher klassifiziert werden.

3.3.7 Traumatische Lebensereignisse

Der „Stressful Live Events Questionnaire“ (SLE) und der „University of Los Angeles (UCLA) Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index“ dienen als Vorlage für die Erfassung von traumatischen Lebensereignissen (Bean, Eurelings-Bontekoe et al. 2004, Steinberg, Brymer et al. 2004). Hierfür wurde unter Anpassung einzelner Items der Fragebogen „Traumatische Lebensereignisse“ durch die Forschungsgruppe Child Public Health entwickelt. Die Erfassung der Art der traumatischen Lebensereignisse erfolgt über 17 Items, aufgeteilt in die Unterkategorien lebensgefährliche Erkrankung, schwerer Unfall/Naturkatastrophe und interpersonelle Gewalt. Wobei Item 16 eine offene Freitext-Antwort beinhaltet und Item 17 nach dem subjektiv am belastendsten empfundenen Lebensereignis fragt. Die Häufigkeit der belastenden Lebensereignisse wird mit den Antwortmöglichkeiten „nie“, „einmal“, „mehrmals“ und „unklar“ abgefragt. Außerdem wird, entsprechend des Modells der sequentiellen Traumatisierung von Keilson (1979), nach der Fluchtphase, in welcher das traumatische Ereignis stattfand, („Herkunftsland“, „Flucht“ und „Deutschland“) gefragt (Keilson 1979). So war es möglich auch ein mehrmaliges Vorkommen derselben Art von traumatischem Ereignis in verschiedenen Fluchtphasen zu erfassen. Der Fragebogen „Traumatische Lebensereignisse“ differenziert hierbei nicht nach der Häufigkeit, mit der die einzelnen traumatischen Ereignisse vorgekommen sind. Deswegen wird, wie bei Ruf et al. (2010) stattdessen die Zahl der unterschiedlichen erlebten traumatischen Ereignisse, unterteilt in die Fluchtphasen, mit der PTBS korreliert (Ruf-Leuschner, Schauer et al. 2010). So werden die Antwortmöglichkeiten „einmal“ und „mehrmals“ zur Variablen „mindestens einmal erlebt“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeiten „nie“ und „unklar“ werden zur Variablen „nicht erlebt“ zusammengefasst. Jedes Ereignis wird einzeln für jede Fluchtphase gezählt. Zwecks Dichotomisierung der Variablen „Zahl der traumatischen

Lebensereignisse“ werden zwei Gruppen gebildet, wobei der Median als Trennmaß gewählt wurde. Eine Zahl kleiner/gleich des Medians von 10 belastenden Lebensereignissen wird als „wenige“, eine größere Zahl als „viele“ belastende Lebensereignisse definiert.

3.3.8 Zusätzliche Prädiktoren

Die Prädiktoren „Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland“ und „Bildungsstand“ wurden in einem zweiten Ansatz untersucht und werden hier deshalb separat aufgetragen.

3.3.8.1 Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland

Die Aufnahmedauer im Aufnahmeland wird in der Sozialanamnese über das Item „Seit wann in Deutschland?“ erfasst und im Format „Monat / Jahr“ beantwortet. Daraus wird die Variable „Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Sozialanamnese“ berechnet

3.3.8.2 Bildungsstand

Die Variable „Bildungsstand“ wird in der Sozialanamnese über das Item „Schulbesuch im Heimatland?“ erfragt und konnte mit den Antwortvariablen „Ja“ (1), „Nein“ (2) und Analphabet (3) beantwortet werden. In die aktuelle Berechnung gingen nur die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ mit ein.

3.3.9 Komorbide Auffälligkeiten

In der vorliegenden Arbeit werden zusätzlich zu Traumafolgestörungen und deren Risiko- und Schutzfaktoren auch komorbide Auffälligkeiten der geflüchteten Kinder- und Jugendlichen erfasst. Hier werden Depression, Dissoziation, Suizidversuche, Drogenkonsum, psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Beschwerden erfasst. Da die zeitliche Abfolge des Auftretens dieser komorbiden Auffälligkeiten, durch das vorliegende Studiendesign nicht aufzuklären ist, kann keine Aussage getroffen werden, ob diese als Risikofaktoren für die PTBS gelten oder eine Folge eben dieser sind. Aus diesem Grund findet in dieser Arbeit keine Korrelation der komorbiden Auffälligkeiten mit der PTBS-Wahrscheinlichkeit statt. Sie werden im Folgenden trotzdem aufgeführt

um die Population, welche Gegenstand dieser Stichprobe ist, genauer zu charakterisieren und aufzuzeigen, dass Traumafolgestörungen nicht die einzigen Belastungen für geflüchtete Kinder- und Jugendliche sind.

3.3.9.1 Depression

Zur Erfassung des Vorliegens einer depressiven Episode wird das Modul A des unter dem Abschnitt zur Erfassung der PTBS beschriebenen MINI-KID verwendet (Sheehan, Sheehan et al. 2010). Das Modul A erfragt über ein dichotomes Antwortformat die Hauptkriterien und wichtigsten Symptome der Depression nach ICD-10. Analog zu Modul K handelt es sich auch hier um ein klinisches Interview.

3.3.9.2 Dissoziation

Die „Adolescent Dissociative Experiences Scale-8“ (A-DES-8) wird genutzt, um dissoziative Erfahrungen zu erfassen (Martínez-Taboas, Shrout et al. 2004). Hier werden auf einer elfstufigen Likert-Skala acht Items beantwortet. Der Wertebereich liegt zwischen „niemals“ (0) und „immer“. Aus den Mittelwerten der einzelnen Items wird ein Summenscore gebildet. Ein Cut-Off-Wert ermöglicht die Einteilung in die Gruppen „unauffällig“ (<3) und „auffällig“ (≥3).

3.3.9.3 Suizidversuch

Das Vorliegen eines Suizidversuches in den letzten 6 Monaten wird über ein Item erfasst, welches sich an der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) orientiert (Achenbach and Edelbrock 1991). Das Item lautet „Ich habe versucht, mich umzubringen“ und kann mit „nicht zutreffend“ (0), „etwas oder manchmal zutreffend“ (1), „genau oder häufig zutreffend“ (2), „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ beantwortet werden. Später erfolgte eine Dichotomisierung in „Suizidversuch“ und „kein Suizidversuch“.

3.3.9.4 Drogenkonsum

Der Konsum von illegalen Drogen in den letzten zwei Wochen wird über ein durch Beispiele ergänztes Item der „Borderline Symptom List 23“ (BSL-23) erfasst (Bohus,

Kleindienst et al. 2009). Das entsprechende Item lautete „In den letzten 2 Wochen nahm ich Drogen wie Marihuana, Kokain oder Crack, Club-Drogen (wie Ecstasy), Halluzinogene (wie LSD), Heroin, Inhalanzien oder Lösungsmittel (wie Klebstoff), oder Methamphetamine (wie Speed)“. Die Antwortoptionen lauten „gar nicht“ (0), „einmal“ (1), „zweimal“ (2), „täglich“ (3) und „mehrmals täglich“ (4).

3.3.9.5 *Psychische Auffälligkeiten*

Der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) wird als generelles Screening-Instrument für psychische Auffälligkeiten eingesetzt (Woerner, Becker et al. 2002). Die 25 Items werden auf einer dreistufigen Likert-Skala mit den Antwortoptionen „nicht zutreffend“ (0) „teilweise zutreffend“ (1) und „eindeutig zutreffend“ (2) beantwortet. Die fünf Subkategorien lauten „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, Hyperaktivität, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“. Die Itemrohwerte der vier problembezogenen Subkategorien „Verhaltensprobleme“, Hyperaktivität, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ werden zum Gesamtproblemwert zusammengezählt. Dieser erlaubt die Einordnung in die Gruppen „normal“ (0-15), „grenzwertig“ (16-20) und „auffällig“ (20-40) (Woerner, Becker et al. 2002). In einem zweiten Schritt erfolgt eine Dichotomisierung der Variable indem die Antwortoptionen „normal“ und „grenzwertig“ zur Gruppe „unauffällig“ (0) zusammengefasst werden und die Antwortoption „auffällig“ die Gruppe „auffällig“ (1) bildet.

3.3.9.6 *Psychosomatische Beschwerden*

Psychosomatische Auffälligkeiten werden über folgendes, von der Forschungsgruppe Child Public Health des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf selbstentwickeltes Item erfragt: „Hattest du gesundheitliche Probleme, die sich nicht durch Erkrankungen oder Verletzungen erklären lassen, z.B. anhaltende schwere Kopf-, Rücken- oder Magenschmerzen, Verdauungsprobleme, Atembeschwerden, Migräne oder anhaltende Müdigkeit?“. Dieses Item kann mit „Nein“ (1), „ja leichte Schwierigkeiten“ (2), „ja, deutliche Schwierigkeiten“ (3) und „ja, massive Schwierigkeiten“ (4) beantwortet werden. Im Anschluss werden die Variable dichotomisiert. Hier bilden die Antwortmöglichkeiten

„Nein“ und „Ja leichte Schwierigkeiten“ die Gruppe „unauffällig“ (0) und die Antwortmöglichkeiten „ja deutliche Schwierigkeiten“ (3) und „ja massive Schwierigkeiten“ (4) die Gruppe „auffällig“ (1).

3.4 Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgt in pseudonymisierter Form über die Statistik-Software SPSS Statistics von IBM (SPSS). Die Prädiktoren werden entweder als metrische (Alter) oder als dichotome, kategoriale Variablen (Geschlecht, Aufenthalt in Deutschland begleitet/unbegleitet, Geburtsregion, Aufenthaltsstatus, Anzahl traumatischer Lebensereignisse) verarbeitet. Fehlende Werte werden mittels Expectation-Maximization-Algorithmus (EM) ersetzt. Um die Vorhersagekraft der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable „relative Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Diagnose“ zu untersuchen erfolgte eine binär-logistische Regression mit einem 95%-Konfidenzintervall. Hierbei werden die Regressionskoeffizienten über die Maximum-Likelihood-Schätzung ermittelt und der Zusammenhang zwischen den unabhängigen und der abhängigen Variablen über Odds-Ratios aufgezeigt. Zum Variableneinschluss wird die Variante „Einschluss“ in SPSS gewählt, wobei alle Variablen eines Blocks auf einmal übernommen werden. Ein Chi-Quadrat-Test erfolgt zur globalen Signifikanztestung; ein Wald-Test zur Signifikanztestung für die einzelnen Prädiktoren. Die globale Effektstärke wird durch Cohens f berechnet, wobei $f < 0.25$ einem schwachen, $0.25 < f < 0.4$ einem mittleren und $f > 0.4$ einem hohen Effekt entsprechen (Cohen 1988). Zwecks Beurteilung der Modellgüte wird das R^2 nach Nagelkerke berechnet, welches Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann und mit steigenden Werten eine bessere Passung zwischen Modell und Werten aufzeigt (Bortz 2010). Das 95%-Konfidenzintervall wird unter Zuhilfenahme eines Online-Algorithmus im Nachhinein berechnet (Andreß 2013).

4 Ergebnisse

4.1 Soziodemographie

Die Studienteilnehmer sind im Schnitt 16 Jahre alt (Minimum: 9, Maximum: 20). Wie Tabelle 1 zeigt, sind sie vorwiegend männlich und unbegleitet. Fast drei Viertel der Probanden stammen aus Süd-West-Asien. Über zwei Drittel geben einen unsicheren Aufenthaltsstatus an und über die Hälfte beschreiben mehr als zehn belastende Lebensereignisse.

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

	n	%
Geschlecht		
männlich	134	79.3
weiblich	35	20.7
Aufenthalt in Deutschland		
begleitet	44	26.0
unbegleitet	125	74.0
Begleitstatus		
sicher	50	29.6
unsicher	119	70.4
Geburtsregion:		
Afrika + Ost-Europa	43	25.4
Süd-West-Asien	126	74.6
Belastende Lebensereignisse		
wenige (≤ 10)	75	44.4
viele (> 10)	94	55.6

Abkürzungen: n = Anzahl, % = Prävalenz in %

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

4.2 Prävalenz der PTBS

Tabelle 2 zeigt, dass 71.6% der Stichprobe (n = 121, KI [64.8; 78.4]) die Diagnosekriterien der PTBS nach ICD 10 erfüllen. Außerdem wird die Verteilung der Kriterien A-D nach ICD-10 aufgetragen. Hier zeigt sich, dass 9 von 10 Teilnehmern ein relevantes traumatisches Ereignis erlebt haben, aber nicht alle das Vollbild einer PTBS entwickelt haben. Am seltensten treten in der untersuchten Population Erinnerungslücken auf.

Prävalenz PTBS und Diagnosekriterien

	n	%	95%-KI
Diagnose nach ICD-10			
nicht erfüllt	48	28.4	[21.6; 35.2]
erfüllt	121	71.6	[64.8; 78.4]
Kriterium A (Trauma)			
nicht erfüllt	16	9.5	[5.1; 13.9]
erfüllt	153	90.5	[86.1; 94.9]
Kriterium B (Intrusion):			
nicht erfüllt	33	19.5	[13.5; 25.5]
erfüllt	136	80.5	[74.5; 86.5]
Kriterium C (Vermeidung)			
nicht erfüllt	29	17.2	[11.5; 22.9]
erfüllt	140	82.8	[77.1; 88.5]
Kriterium D1 (Erinnerungslücken)			
nicht erfüllt	102	60.4	[53.0; 67.8]
erfüllt	67	39.4	[32.0; 46.8]
Kriterium D2 (Hyperarousal)			
nicht erfüllt	32	18.9	[13.0; 24.8]
erfüllt	137	81.1	[75.2; 87.0]

Abkürzungen: n = Anzahl, % = Prävalenz in %, 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall

Tabelle 2: Prävalenz PTBS und Diagnosekriterien

4.3 Prädiktoren

Die binäre logistische Regressionsanalyse in Tabelle 3 zeigt, dass das Vorhersagemodell als Ganzes signifikant ist. Auch für die Prädiktoren Alter, Begleitstatus, Aufenthaltsstatus und Anzahl belastender Lebensereignisse wird eine Signifikanz aufgezeigt. Die Prädiktoren Geschlecht und Geburtsregion zeigen keinen signifikanten Vorhersage-Wert. Mit jedem Lebensjahr steigt die relative Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Diagnose um den Faktor 1.80. Der unsichere Aufenthaltsstatus bzw. das Vorhandensein von über zehn erlebten traumatischen Ereignissen erhöht die relative Wahrscheinlichkeit der Diagnose um das 2.95- bzw. 3.10-fache. Den größten Effekt auf die relative Diagnosewahrscheinlichkeit übt der unbegleitete Aufenthalt in Deutschland mit einer Steigerung um das 3.34-fache aus. Das weibliche Geschlecht und die Herkunftsregion Süd-Ost-Asien steigern die relative Wahrscheinlichkeit in der vorliegenden Stichprobe nur gering um das 1.25- bzw. 1.17-fache. Das R^2 nach Nagelkerke von 0.50 ist nach Cohen als starker Effekt einzuordnen (Cohen 1988, Universität-Zürich 2018)

Vorhersagewahrscheinlichkeiten der Prädiktoren

Prädiktor	b	SE	p	OR
Alter in Jahren	0.59	0.148	.000	1.80
Geschlecht (weiblich)	0.23	0.555	.684	1.25
Begleitstatus (unbegleitet)	1.21	0.501	.016	3.34
Herkunftsregion (Süd-West-Asien)	0.16	0.556	.774	1.17
Aufenthaltsstatus (unsicher)	1.08	0.468	.021	2.95
Belastende Lebensereignisse (>10)	1.13	0.457	.013	3.10

Anmerkungen: $\chi^2 = 67.3$, $p = .000$, Nagelkerkes $R^2 = .50$,

Abkürzungen: b: Regressionskoeffizient, SE: Standardfehler, p: Irrtumswahrscheinlichkeit, OR: Odds-Ratio

Tabelle 3: Vorhersagewahrscheinlichkeiten der Prädiktoren

4.4 Komorbide Auffälligkeiten

Tabelle 4 zeigt, dass mittelgradige oder schwere depressive Episoden und psychosomatische Beschwerden in der vorliegenden Stichprobe häufig vorkamen, während Suizidversuche und Drogenkonsum selten angegeben wurden. Auch generelle psychische Auffälligkeiten und Dissoziationen sind verstärkt vorhanden.

Prävalenz komorbider Auffälligkeiten

	n	%	95%-KI
Depression (MINI-KID Modul A)			
keine oder leichte	91	53.8	[46.3; 61.3]
mittelgradig oder schwere	78	46.2	[38.7; 53.7]
Dissoziation (A-DES-8)			
unauffällig	126	74.6	[68.0; 81.2]
auffällig	43	25.4	[18.8; 32.0]
Suizidversuch			
kein Suizidversuch	162	95.9	[92.9; 98.9]
erfolgter Suizidversuch	7	4.1	[1.1; 7.1]
Drogenkonsum			
kein Drogenkonsum	163	96.4	[93.6; 99.2]
erfolgter Drogenkonsum	6	3.6	[0.8; 6.6]
Psychische Ausfälligkeiten (SDQ)			
unauffällig	110	65.1	[57.9; 72.3]
auffällig	59	34.9	[27.7; 42.1]
Psychosomatische Beschwerden			
unauffällig	56	33.1	[26.0; 40.2]
auffällig	113	66.9	[59.8; 74.0]

Abkürzungen: n = Anzahl, % = Prävalenz in %, 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall

Tabelle 4: Prävalenz komorbider Auffälligkeiten

4.5 Sensitivität, Regression, weitere Prädiktoren

Erfolgt die Prävalenzberechnung exakt nach den ICD-10 Kriterien, wie im unteren Teil des Abschnitts 4.3.7 im Methodenteil zur PTBS-Erfassung beschrieben, schrumpft die Prävalenz auf 37.9% (n = 64, KI [30.6; 45.3]). Nach exakten DSM-V Kriterien liegt die Prävalenz in der vorliegenden Stichprobe bei 68% (n = 115, KI [60.8; 75.0]).

Wird für die Altersvariable statt dem „Alter zum Zeitpunkt der Sozialanamnese“ die ebenfalls erhobene Variable „Alter zum Zeitpunkt der Ankunft in Deutschland“ gewählt, steigt die Signifikanz des Gesamtmodells an (Nagelkerkes $R^2 = .53$). Die neue Altersvariable zeigt eine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit für die PTBS-Diagnose ($p=.000$, $OR=1.94$).

Eine weiterer in der Literatur diskutierter Prädiktor ist die Dauer des Aufenthalts in Deutschland. In der vorliegenden Stichprobe erhöht dieser die Signifikanz des Gesamtmodells und weist eine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit auf (Nagelkerkes $R^2 = .51$, $p=.017$). So sinkt die relative Wahrscheinlichkeit einer PTBS mit jedem Jahr des Aufenthalts in Deutschland ($OR = 0.3$).

Die ebenfalls in der Literatur als Schutzfaktor diskutierte Variable des Schulbesuches im Heimatland und damit des Bildungstandes zeigte hingegen keine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit für die PTBS-Diagnose ($p=.208$). In der vorliegenden Stichprobe verringert ein nicht erfolgter Schulbesuch im Heimatland die relative Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Diagnose ($OR = 0.4$). Ein nicht erfolgter Schulbesuch stellt in dieser Studie also einen protektiven Faktor dar.

Ein Ausschluss der extremen Werte für das Alter zum Zeitpunkt der Sozialanamnese, also des 9-jährigen und des 20-jährigen Probanden, führt zu einer leichten Abnahme der Signifikanz des Gesamtmodells auf Nagelkerkes $R^2 = .49$. Die einzelnen Prädiktoren ändern sich geringfügig in ihrer relativen Vorhersagewahrscheinlichkeit für die Diagnose, bleiben aber in ihrer Signifikanzausprägung konstant.

Ohne Ersetzungen fehlender Werte durch den EM-Algorithmus sinkt die Signifikanz des Gesamtmodells geringfügig (Nagelkerkes $R^2 = .42$) ab. Die einzelnen Prädiktoren bleiben in ihrer Signifikanzausprägung unverändert. Die relative Vorhersagewahrscheinlichkeit für belastende Lebensereignisse über dem Median steigt auf das 4.2-fache an, während die Vorhersagewahrscheinlichkeit für den unsicheren Aufenthaltsstatus auf das 2.9-fache absinkt.

Ohne Dichotomisierung der ursprünglich als Skala erhobenen Variablen „belastende Lebensereignisse“ erfüllt diese die Kriterien der Normalverteilung nicht. Wird die Variable, trotzdem als Skala in die binär logistische Regression integriert, verringert dies die Signifikanz des Gesamtmodells (Nagelkerkes $R^2 = .38$) und die Vorhersagewahrscheinlichkeit der Variablen „belastende Lebensereignisse“ ist nicht mehr signifikant ($p=.91$).

5 Diskussion

Die Prävalenz der PTBS in der vorliegenden Population ist mit 71.6% außergewöhnlich hoch. Dies entspricht siebenmal der Prävalenz in der gleichaltrigen deutschen Normalbevölkerung und fünfmal der Prävalenz der deutschen Kinder und Jugendlichen, die ein relevantes Trauma erlebt haben (Steinhausen 2010, Remschmidt 2011). Hier ist zu beachten, dass in der vorliegenden Stichprobe multiple Traumatisierungen vorliegen, was davon gestützt wird, dass im Median zehn traumatische Ereignisse beschrieben wurden. Aus der vorliegenden Literatur kann angenommen werden, dass dies die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose, wie unter anderem von Ruf et al. beschrieben, erhöht (Ruf-Leuschner, Schauer et al. 2010). Außerdem handelt es sich um eine Inanspruchnahme-Population, was höhere Werte für einzelne Krankheiten erwarten lässt. Auch im Vergleich zu internationalen Studien, welche geflüchtete Kinder und Jugendliche untersucht haben, fällt die stark erhöhte Prävalenz in der hier untersuchten Population auf. Einzig Salari et al. (2017) finden eine noch höhere PTBS-Belastung in einer Stichprobe minderjähriger Geflüchteter in Schweden (Salari, Malekian et al. 2017). Auffällig ist, dass es sich hier um UMF handelt. Auch in der aktuellen Studie sind ein Großteil der Teilnehmer UMF (n=125, 74.0%), womit die stark erhöhte Prävalenz zum Teil erklärt werden kann. Eine vergleichbare deutsche Studie von Walg et al. (2016), welche sowohl unbegleitete Flüchtlinge mit einschließt als auch eine Inanspruchnahme-Population untersucht, kommt mit 36% PTBS-Belastung nur zu einer halb so hohen Zahl an Diagnosen (Walg, Fink et al. 2016). Hier erfolgte die Diagnosestellung aber im Gegensatz zur vorliegenden Studie durch eine multiprofessionelle Fallbesprechung, was in den Punkten Validität und Reliabilität als nicht gleichwertig anzusehen ist. Außerdem erfolgte die Testung bei Walg et al. durch eine Vielzahl verschiedener Testverfahren, wodurch sich diese Studie einer Vergleichbarkeit weitestgehend entzieht (Walg, Fink et al. 2016).

Von zentraler Bedeutung für die Vergabe einer PTBS-Diagnose ist das Kriterium A nach ICD-10 Kriterien. Es muss also ein kurz oder langanhaltendes Ereignis vorliegen, welches „bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling, Mombour et al. 2010). In der vorliegenden Studie gaben über 9 von 10 Teilnehmern (90.5, n=153) ein relevantes Trauma an. Dies entspricht den Studien von Walg et al. (2016)

und Pinto et al. (2007), welche jeweils einen Anteil von 98% in Stichproben von minderjährigen Flüchtlingen eruieren (Pinto, Batista et al. 2007, Walg, Fink et al. 2016).

Nach exakten ICD-10 Kriterien, wie in Absatz 4.3.7 beschrieben, fällt die Prävalenz der PTBS in der Stichprobe auf 37.9%. Auch dieser Wert ist noch als massiv erhöht anzusehen, entspricht aber eher den durch die Literatur zu erwartenden Werten. Geltman et al. (2005) zeigen in einer Studie sudanesischer geflüchteter Kinder und Jugendlicher eine vergleichbare Prävalenz von 48%; genauso wie Smid et al. (2011), die in einer Stichprobe von UMF eine PTBS-Prävalenz von 40% ermitteln (Geltman, Grant-Knight et al. 2005, Smid, Lensvelt-Mulders et al. 2011). Der große Unterschied zwischen der Prävalenz nach MINI-KID und der nach exakten ICD-Kriterien kann daher rühren, dass der MINI nach DSM-Kriterien konzipiert wurde. Rosner et al. (2007) postulieren in ihrer Vergleichsarbeit zwischen ICD-10- und DSM-V-Kriterien für die PTBS, dass die Übereinstimmung der Diagnosen zwischen den Klassifikationssystemen gering ist. Diese Unterschiede in den Klassifikationssystemen müssen besonders für Übersichtsarbeiten beachtet werden und können zum Teil die große Variabilität der Prävalenz von PTBS bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen in aktuellen Reviews erklären (Rosner and Powell 2007).

Dass die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Diagnose in dieser Studie mit steigendem Alter signifikant zunimmt, widerspricht der gängigen Lehrmeinung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie vielen vorrausgegangenen Arbeiten zum Thema „Geflüchtete Kinder- und Jugendliche“. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass die Teilnehmer in der vorliegenden Studie mit einem Durchschnittsalter von 16 Jahren eher älter sind und die jüngeren geflüchteten Kinder und Jugendlichen damit unterrepräsentiert sind. Dies kann den gegengerichteten Effekt aber nur teilweise erklären. An dieser Stelle kann auch auf Berman et al. (2001) verwiesen werden, welche in ihrem Review darauf hinweisen, dass es für den Prädiktor „Alter“ keine generelle Übereinkunft gibt, wie sich dieser auf die Entwicklung einer PTBS-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen auswirkt (Berman 2001).

Ähnlich verhält es sich auch mit dem Prädiktor „Geschlecht“, welcher in der vorliegenden Stichprobe keinen signifikanten Effekt aufweist. So sind die weiblichen geflüchteten Kinder und Jugendlichen in der aktuellen Stichprobe mit einem Anteil von einem Fünftel unterrepräsentiert. Auch in Studien zu geflüchteten Erwachsenen zeigen sich ähnliche Ergebnisse. So erkennen Steel et al. (2009) in ihrem systematischen Review über 161 Studien zur PTBS bei Vertrieben und Opfern von Massenkriegen keine Assoziation zwischen dem Geschlecht und der PTBS-Prävalenz (Steel, Chey et al. 2009).

Wie auch von Huemer et al. (2011) bestätigt, stellt der unbegleitete Aufenthalt im Aufnahmeland einen entscheidenden Risikofaktor für die PTBS-Entwicklung dar (Huemer, Karnik et al. 2011). Auch van Os et al. (2006) finden in ihrem Review, dass die UMF eine höhere PTBS-Belastung aufweisen (Van Os, Kalverboer et al. 2016). In der aktuellen Studie stellt dieser Faktor sogar den wichtigsten Prädiktor für die PTBS-Diagnose dar. Dies ist auch vereinbar mit dem aktuellen Forschungsstand zur PTBS bei Kindern und Jugendlichen, wo wie oben beschrieben eine harmonische Familienkonstellation und eine gute Eltern-Kind-Beziehung wichtige Schutzfaktoren darstellen. Hier ist anzumerken, dass unbegleitete Kinder und Jugendliche nicht per se eine schlechte Eltern-Kind-Beziehung erlebt haben und andersherum, begleitete Kinder und Jugendliche nicht immer eine harmonische Familienkonstellation erleben. Insbesondere Eltern, die selbst traumatisiert sind oder im Aufnahmeland unter Postmigrationsstress leiden, zum Beispiel wegen Arbeitslosigkeit oder fehlender Sprachkenntnisse, stellen womöglich selbst einen Risikofaktor für die Psyche ihrer Kinder da. Trotzdem zeigt die hohe Vorhersagekraft dieses Prädiktors auf, dass es sich bei der Subpopulation der Unbegleiteten um die vulnerabelste Gruppe an Flüchtlingen handelt, wie dies auch Sierau et al. (2018) bestätigen (Sierau, Schneider et al. 2018). Diese Gruppe bedarf in Zukunft besonderer Aufmerksamkeit, sowohl in der Forschung als auch in der Versorgungspraxis. Die Diskussion des Familiennachzugs für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge muss künftig, auch unter Einbezug dieses Wissens, fortgeführt werden.

Für den Prädiktor „Herkunftsregion“ konnte kein signifikanter Effekt ermittelt werden. Dies kann sicher auch damit begründet werden, dass die Stichprobe in ihrer Herkunftsregion sehr homogen war. So kamen 2/3 der Probanden aus Süd-West-Asien und knapp die Hälfte aus demselben Land (Afghanistan) dieser Region. Hier ist vorstellbar, dass die Variable „Herkunftsregion“ einem hohen zeitlichen Einfluss ausgesetzt ist. So kann ein bewaffneter Konflikt in einer Region der Erde zu einer bestimmten Zeit zu einer erhöhten Anzahl traumatisierter geflüchteter Kinder und Jugendlicher führen. Dieser Zustrom Traumatisierter ebbt aber nach Ende des Konflikts wieder ab und erschwert eine Vergleichbarkeit zwischen Studien, die nicht im selben Zeitraum erhoben wurden.

Für die Prädiktoren „unsicherer Aufenthaltsstatus“ und „hohe Anzahl traumatischer Lebensereignisse“ ergeben sich in der aktuellen Untersuchung ähnliche Ergebnisse wie in der Literatur beschrieben.

Der unsichere Aufenthalt stellt einen bedeutsamen posttraumatischen Risikofaktor dar. Dies deckt sich mit der Studie von Heeren et al. (2016), welche in der Subgruppe der Migranten, deren Aufenthaltsstatus nicht abschließend geklärt war, deutlich höhere PTBS-Symptombelastungen eruierten (Heeren, Wittmann et al. 2016). Dass dies auch für minderjährige Flüchtlinge zutrifft, ist nicht weiter verwunderlich.

Die PTBS-Diagnosewahrscheinlichkeit nimmt, wie auch bei Ruf et al. (2010) beschrieben, mit der Anzahl der traumatischen Lebensereignisse zu (Ruf-Leuschner, Schauer et al. 2010). In der Stichprobe ist die Anzahl der belastenden Lebensereignisse mit einem Median von 10 sehr hoch. Vergleichbare Studien liefern Werte zwischen drei und sieben traumatischen Ereignissen (Stotz, Elbert et al. 2015). Hier ist einerseits darauf hinzuweisen, dass die Erhebung der traumatischen Lebensereignisse in der vorliegenden Studie sehr ausführlich war und für jedes Ereignis differenziert nach dem Auftreten in jeder der drei Fluchtphasen gefragt wurde. Es zeigt sich, dass eine genauere Trauma-Anamnese auch eine höhere Zahl an erlebten traumatischen Ergeb-

nissen liefert. Dies zeigt unter anderen Papageorgiou et al. (2000), die bei einem Katalog von 28 möglichen traumatischen Erfahrungen auf einen entsprechend hohen Mittelwert von 10.8 traumatischen Ereignissen in ihrer Population kommen (Papageorgiou, Frangou-Garunovic et al. 2000). Andererseits passt die hohe Zahl der Traumata aber auch zu der stark erhöhten PTBS-Prävalenz in der Stichprobe, da diese, wie durch Bogic et al. (2015) belegt, einen wichtigen Prädiktor für die PTBS darstellt (Bogic, Njoku et al. 2015).

Unter den in einem zweiten Schritt zusätzlich untersuchten möglichen Prädiktoren nimmt „Aufenthaltsdauer in Deutschland“ einen gesonderten Platz ein. Es konnte gezeigt werden, dass die PTBS-Diagnosewahrscheinlichkeit abnimmt, je länger die geflüchteten Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind. Auch Tam et al. (2017) konnten diesen Zusammenhang in ihrer Metaanalyse zu geflüchteten Kindern und Jugendlichen aufzeigen. Es ist möglich, dass diese Erkenntnisse nur den normalen Verlauf einer PTBS widerspiegeln, wenn man annimmt, dass die traumatischen Ereignisse im Zusammenhang mit der Fluchtphase stattgefunden haben (Tam, Houlihan et al. 2017). Ist dies der Fall, wäre es nachvollziehbar, dass mit steigendem zeitlichem Abstand vom Ereignis eine Remission der Symptome einsetzt, da nicht jeder Betroffene eine chronische Form der PTBS entwickelt.

Dies leitet auch über zu den ebenfalls erfassten komorbiden Auffälligkeiten. Wie oben beschrieben, stellen vorbestehende psychische Erkrankungen einen prätraumatischen Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS dar. Sie können aber auch Folgeerkrankungen einer unbehandelten PTBS darstellen. In der aktuellen Studie wurden komorbide psychische Auffälligkeiten deshalb nicht als mögliche Prädiktoren gewertet, da eine Differenzierung diesbezüglich nicht möglich war. Vor allem die Depression, welche in der aktuellen Studie die häufigste komorbide Auffälligkeit darstellt, gilt als häufige Folgeerkrankung der PTBS (Gerhards 2013). Zur Differenzierung, ob es sich um eine schon vor dem Trauma bestehende oder um eine Traumafolgeerkrankung handelt, wären longitudinale Studien nötig, die schon vor einem traumatischen Ereignis ansetzen müssten oder es müsste eine sehr ausführliche retrospektive Befragung

erfolgen, welche vor allem bei jungen Kindern fraglich zu validen Angaben führen würde.

Leider konnten einige Prädiktoren nicht oder nicht ausreichend erfasst werden. Hierzu zählt unter anderem die Fluchtdauer, welche in der Literatur als wichtiger Prädiktor diskutiert wird. Die Variable „Fluchtdauer“ wurde in der aktuellen Studie erst später in die Diagnostik aufgenommen, was dazu führte, dass keine ausreichende Zahl an Angaben erhoben wurde. Für zukünftige Studien kann eine frühzeitige Erhebung dieser Variablen empfohlen werden.

6 Stärken und Limitationen

Als Stärken der vorliegenden Studie kann gezählt werden, dass es sich hier um eine der ersten Untersuchungen von ausreichender Größe handelt, welche im deutschsprachigen Raum unter Benutzung standardisierter Testverfahren zu Traumafolgestörungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurde. Zudem erfolgte die Erhebung mit Hilfe spezieller kinder- und jugendpsychiatrischer Instrumente, wurde zweistufig durchgeführt und beinhaltet eine cut-off-orientierte Diagnosestellung. Hervorzuheben ist auch, dass in der aktuellen Studie auch jüngere geflüchtete Kinder (<10 Jahre) untersucht werden konnten, was ein breiteres Bild der Grundgesamtheit vermittelt. Es erfolgte eine detaillierte Trauma-Erfassung nach dem Modell der sequentiellen Traumatisierung, wie sie zwar in vielen aktuellen Übersichtsarbeiten gefordert wird, in den Originalarbeiten aber selten der Fall ist (Keilson 1979). So empfehlen Slewa-Younan et al in ihrer Übersichtsarbeit über irakische Geflüchtete in westlichen Ländern einen größeren Fokus auf die Prä- und Post-Migrations-Stressoren zu legen (Slewa-Younan, Guajardo et al. 2015). Auch Tam et al. sehen den Nutzen einer stärkeren Erfassung vor allem post-Migrations-bezogener Stressoren für künftige Arbeiten (Tam, Houlihan et al. 2017).

Die Aussagekraft der vorliegenden Studie in puncto PTBS-Prävalenz wird am meisten durch den Fakt limitiert, dass es sich mit einer Inanspruchnahme-Population um eine vorselektierte Gruppe handelt, die eine generelle Aussage über die Grundgesamtheit aller geflüchteter Kinder und Jugendlicher, die in Deutschland leben, nur begrenzt zulässt. Es handelt sich also um Kinder und Jugendliche, die sich auf Grund ihrer Symptome in Behandlung begeben und in der Flüchtlingsambulanz des UKE als Patienten aufgenommen wurden. Zusätzlich ist hervorzuheben, dass es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Population handelt, die in einer norddeutschen Großstadt mit Zugang zu einer Universitätsklinik lebt. Diese besondere Versorgungssituation muss für geflüchteter Kinder und Jugendlicher, welche an anderen Orten leben, berücksichtigt werden.

7 Ausblick

Die vorliegende Studie kann erst als Anfang einer Fülle von methodisch guten, ausreichend großen deutschen Originalarbeiten zu Traumafolgestörungen respektive der PTBS bei minderjährigen Flüchtlingen begriffen werden, welche zur genauen Analyse und dem Ausbau des psychosozialen Angebots für diese Population benötigt werden. Die enorm erhöhte PTBS Prävalenz in dieser Untersuchung muss alarmieren und weitere vergleichbare Studien anstoßen. Diese müssen vor allem durch standardisierte, möglichst Fragebogen-basierte Testverfahren und Cut-Off-basierte Diagnosestellung vergleichbar sein. Möglichst große, nicht vorselektierte Stichproben, welche zum Beispiel im Klumpenverfahren erhoben wurden, wären von großem Interesse. Das Geschlechterverhältnis, das Alter und die Herkunftsregionen sollten ausgeglichener sein, wenn dies möglich ist. Weitere hier nicht erfasste Prädiktoren wie die Fluchtdauer sollten in die Untersuchung mit einbezogen werden.

Für die Verbesserung der Versorgungssituation gilt es aber jetzt schon, die entsprechenden Strukturen zu etablieren, da, wie die vorliegende Studie zeigt, ein hoher Bedarf vorliegt. Die Fachkräfte müssen geschult werden, auf mögliche Anzeichen einer PTBS bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen ein besonderes Augenmerk zu legen und daraufhin die richtigen Diagnose- und Therapieschritte einzuleiten. Auch die Öffentlichkeit muss für das Problem der Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen sensibilisiert werden, um Betroffene früh zu erkennen und ihnen Hilfe vermitteln zu können. Nur durch einen besonnenen Einsatz, schon zum aktuellen Zeitpunkt, können Folgeerkrankungen für die Individuen und daraus resultierende enorme finanzielle Aufwendungen, welche die Gesamtheit zu tragen hätte, vermieden werden. Die frühzeitige Therapie möglicher Traumafolge-Erkrankungen ist wichtig, damit die Kinder- und Jugendlichen ihr Entwicklungspotential voll entfalten können, was ein entscheidender Faktor für schulischen und später beruflichen Erfolg darstellt. Auch für die Integration im Aufnahmeland beziehungsweise die Anforderungen nach einer Rückkehr ins Heimatland, wie Wiederaufbau und Versöhnungsprozesse, ist die psychische Gesundheit der Geflüchteten ein essenzieller Faktor.

8 Zusammenfassung

Diese Arbeit untersucht die Häufigkeit von PTBS und den Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die Entwicklung eben dieser bei minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. Dafür werden geflüchtete Kinder- und Jugendliche ($n=169$, 79.3% männlich) in einer ambulanten Versorgungseinrichtung in Hamburg mit standardisierten, fragebogenbasierten Testverfahren im Querschnitt untersucht. Die Prävalenz der PTBS in der Stichprobe beträgt 71,6% (95%-KI = 64,8; 78,4). Die Prädiktoren Alter, Begleitstatus, Aufenthaltsstatus und die Anzahl der traumatischen Lebensereignisse liefern signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeiten. Ältere ($p=.000$, $OR=1,80$), unbegleitete ($p=.016$, $OR=3,34$) minderjährige Flüchtlinge mit unsicherem Aufenthaltsstatus ($p=.021$, $OR=2,95$) und mehr als zehn traumatischen Lebensereignissen ($p=.0,13$, $OR=3,10$) haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer PTBS. Geschlecht und Herkunftsregion zeigen keinen signifikanten Vorhersagewert. Die erhöhte Prävalenz von PTBS bei minderjährigen Flüchtlingen muss zur Etablierung geeigneter Betreuungsstrukturen, zur Ausbildung von Fachkräften im Umgang mit PTBS und zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die hohe psychische Belastung minderjähriger Flüchtlinge führen.

This study examines the frequency of PTSD and the influence of different predictors on the development of PTSD on minor refugees in Germany. For this purpose, refugee children and adolescents ($n=169$, 79.3% male) in an outpatient center in Hamburg will be examined using standardized, questionnaire-based test procedures in a cross-sectional study. The prevalence of PTSD in the current sample is 71.6% (95%-CI = 64.8; 78.4). The predictors age, accompanying status, residence status and the number of traumatic life events provide significant predictive probabilities. Older ($p=.000$, $OR=1,80$), unaccompanied ($p=.016$, $OR=3,34$) minor refugees with uncertain residence status ($p=.021$, $OR=2,95$) and more than ten traumatic life events ($p=.0,13$, $OR=3,10$) have a significantly higher probability of PTSD. Gender and region of origin show no significant predictive value. The increased prevalence of PTSD among refugee minors must lead to the establishment of the appropriate care structures, training of specialists in dealing with PTSD and public awareness of the high psychological burden of minor refugees.

9 Abkürzungsverzeichnis

A-DES-8: Adolescent Dissociative Experiences Scale

AMF: begleiteter minderjähriger Flüchtling

b: Regressionskoeffizient

BAMF: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

BSL-23: Borderline Symptom List–23

CBCL: Child Behavior Checklist

CRIES-13: Children's Revised Impact of Event

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EM-Algorithmus: Expectation-Maximization-Algorithmus

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

KI: 95% Konfidenzintervall

M: Mittelwert

Max: Maximum

MD: Median

Min: Minimum

MINI-KID: Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents

n: Anzahl

OR: Odds-Ratio

p: Irrtumswahrscheinlichkeit

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung

SD: Standardabweichung

SDQ:Strengths and Difficulties Questionnaire

SE:Standardfehler

SLE:Stressful Live Events Questionnaire

SPSS:IBM SPSS Statistics ehemals Statistical Package Social Science

SSRI:Selektive- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

UCLA:University of Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index

UKE: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

UMF:unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

UNHCR:Hohes Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen

10 Literaturverzeichnis

Zeitschriftenartikel

Ajdukovic, M. (1998). "Displaced adolescents in Croatia: sources of stress and posttraumatic stress reaction." Adolescence **33**(129): 209-217.

Almqvist, K. and M. Brandell-Forsberg (1997). "Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence." Child Abuse & Neglect **21**(4): 351-366.

Barthel, D., U. Ravens-Sieberer, M. Schulte-Markwort, F. Klasen and A. Zindler (2019). "Klinisch-psychologische Diagnostik in einer Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche." Kindheit und Entwicklung.

Berman, H. (2001). "Children and war: current understandings and future directions." Public Health Nursing **18**(4): 243-252.

Bogic, M., A. Njoku and S. Priebe (2015). "Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review." BMC International Health and Human Rights **15**: 29.

Dressing, H. and K. Foerster (2014). "Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung." Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie **8**(1): 26-33.

Drury, J. and R. Williams (2012). "Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism." Current Opinion in Psychiatry **25**(4): 277-284.

EU, E. K. (2004). RICHTLINIE 2004/83/EG über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes. Amtsblatt der Europäischen Union, EU. **L 304/12**.

Gavranidou, M., B. Niemiec, B. Magg and R. Rosner (2008). "Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge." Kindheit und Entwicklung **17**(4): 224-231.

Geltman, P. L., W. Grant-Knight, S. D. Mehta, C. Lloyd-Travaglini, S. Lustig, J. M. Landgraf and P. Wise (2005). "The "lost boys of Sudan": Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States." Archives of Pediatrics Adolescent Medicine **159**(6): 585-591.

Gomez, V., H. N. Kılıç, A. C. Oregul, M. N. Demir, Ş. Demirlıkan, S. Demirbaş, B. Babacan, K. Kınık and B. Semerci (2018). "Psychopathology and associated risk factors among forcibly displaced Syrian children and adolescents." Journal of Immigrant and Minority Health **20**(3): 529-535.

Heeren, M., L. Wittmann, U. Ehlert, U. Schnyder, T. Maier and J. Müller (2016). Psychopathologie und Aufenthaltsstatus. Forum der Psychoanalyse, Springer.

Huemer, J., N. Karnik, S. Voelkl-Kernstock, E. Granditsch, B. Plattner, M. Friedrich and H. Steiner (2011). "Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria." Child Psychiatry & Human Development **42**(3): 307-319.

Keilson, H. (1979). "Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantitativ-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden." Enke.

Lillee, A. and A. Thambiran (2015). "Evaluating the mental health of recently arrived refugee adults in Western Australia." Journal of Public Mental Health **14**(2): 56-68.

Martínez-Taboas, A., P. Shrout, G. Canino, L. Chavez, R. Ramírez, M. Bravo, J. Bauermeister and J. Ribera (2004). "The psychometric properties of a shortened version of the Spanish Adolescent Dissociative Experiences Scale." Journal of Trauma & Dissociation **5**(4): 33-54.

McGregor, L., G. Melvin and L. Newman (2015). "Familial separations, coping styles, and PTSD symptomatology in resettled refugee youth." The Journal of nervous and mental disease **203**(6): 431-438.

Metzner, F., C. Reher, H. Kindler and S. Pawils (2016). "Psychotherapeutic treatment of accompanied and unaccompanied minor refugees and asylum seekers with trauma-related disorders in Germany." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz **59**(5): 642-651.

Papageorgiou, V., A. Frangou-Garunovic, R. Iordanidou, W. Yule, P. Smith and P. Vostanis (2000). "War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children." Journal of European child adolescent psychiatry **9**(2): 84-90.

Parusel, B. (2009). Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland - Aufnahme, Rückkehr und Integration Nürnberg Bundesamts für Migration und Flüchtlinge Referat 220

Pinto, Batista and Burhorst (2007). "The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands." Transcultural psychiatry **44**(4): 596-613.

Reavell, J. and Q. Fazil (2017). "The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries." Journal of Mental Health **26**(1): 74-83.

Ringold, S., A. Burke and R. M. Glass (2005). "Refugee mental health." Journal of the American Medical Association **294**(5): 646-646.

Rosner, R. and S. Powell (2007). "Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz?" Trauma und Gewalt **1**(1): 46-57.

Rothe, E. M., J. Lewis, H. Castillo-Matos, O. Martinez, R. Busquets and I. Martinez (2002). "Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp." Psychiatric Services **53**(8): 970-976.

Ruf-Leuschner, M., M. Schauer and T. Elbert (2010). "Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern " Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Ruf, M., M. Schauer and T. J. Z. f. k. P. u. P. Elbert (2010). "Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern."

Salari, R., C. Malekian, L. Linck, R. Kristiansson and A. Sarkadi (2017). "Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care." Scandinavian journal of public health **45**(6): 605-611.

Sheehan, D., Y. Lecrubier, K. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller and J. Lépine (1998). "The validity of Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10." Journal of Clinical Psychiatry **59**: 211-232.

Sheehan, D. V., K. H. Sheehan, R. D. Shytle, J. Janavs, Y. Bannon, J. E. Rogers, K. M. Milo and S. L. Stock (2010). "Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID)." The Journal of clinical psychiatry.

Sierau, S., E. Schneider, Y. Nesterko and H. Glaesmer (2018). "Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors." Journal of European Child and Adolescent Psychiatry.

Slewa-Younan, S., M. G. U. Guajardo, A. Heriseanu and T. Hasan (2015). "A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries." Journal of immigrant and minority health **17**(4): 1231-1239.

Smid, G., G. Lensvelt-Mulders, J. Knipscheer, B. Gersons and R. Kleber (2011). "Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms." Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology **40**(5): 742-755.

Sourander, A. (1998). "Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors." Child Abuse & Neglect **22**(7): 719-727.

Steel, Z., T. Chey, D. Silove, C. Marnane, R. A. Bryant and M. Van Ommeren (2009). "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." Journal of the American Medical Association **302**(5): 537-549.

Stotz, S. J., T. Elbert, V. Muller and M. Schauer (2015). "The relationship between trauma, shame, and guilt: findings from a community-based study of refugee minors in Germany." European Child & Adolescent Psychiatry **6**: 25863.

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

UNCHR (2018). Global trends. Forced displacement in 2017, UNCHR.

Van Os, E., M. Kalverboer, A. Zijlstra, W. Post and E. Knorth (2016). "Knowledge of the Unknown Child: A Systematic Review of the Elements of the Best Interests of the Child Assessment for Recently Arrived Refugee Children." Clinical Child and Family Psychology Review **19**(3): 185-203.

Walg, M., E. Fink, M. Großmeier, M. Temprano and G. Hapfelmeier (2016). "Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Witt, A., M. Rassenhofer, J. Fegert and P. Plener (2015). "Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen." Kindheit und Entwicklung.

Woerner, W., A. Becker, C. Friedrich, H. Klasen, R. Goodman and A. Rothenberger (2002). "Normierung und evaluation der deutschen elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen felderhebung." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Monografien

American-Psychiatric-Association (2014). Diagnostisches und statistisches manual psychischer Störungen–DSM-5®, Hogrefe Verlag.

Bandelow, B. (2008). Kurzlehrbuch Psychiatrie. Darmstadt, Steinkopff.

Berger (1999). Psychiatrie und Psychotherapie : mit 293 Tabellen. München u.a., Urban & Schwarzenberg.

Bortz, J. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Springer.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioural sciences, Erlbaum Associates Hillsdale NJ.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, P. u. P. (2007). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter : mit 9 Tabellen. Köln, Dt. Ärzte-Verl.

Dilling (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Hogrefe Verlag.

Dilling, H., W. Mombour, M. Schmidt, E. Schulte-Markwort and H. Remschmidt (2010). "ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien." Internationale Klassifikation psychischer Störungen **3**.

- Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt and E. Schulte-Markwort (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien, H. Huber.
- Dilling, M., Schmidt, Schulte-Markwort (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F) ; diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern, Huber.
- Ebert, D. (2011). Psychiatrie systematisch. Bremen u.a., UNI-MED Verl.
- Esser, G. (2002). Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters : 89 Tabellen. Stuttgart u.a., Thieme.
- Gerhards, B. (2013). Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und soziale Arbeit : ein Handbuch für die Praxis. Frankfurt am Main, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Gesundheit.
- Goodman, R. (2016). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart, Schattauer.
- Just, W.-D. (2003). 20 Jahre Kirchenasylbewegung. Karlsruhe, Loeper Karlsruhe.
- Lempp, T. J. (2016). BASICS Kinder- und Jugendpsychiatrie. München, Elsevier, Urban & Fischer.
- Leucht, S. (2012). Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- Lieb, K. (2012). Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie : [mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]. München, Elsevier, Urban & Fischer.
- Maier, M. (2012). Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. Berlin u.a., de Gruyter.
- Möller, H.-J. (2015). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. s.l., Georg Thieme Verlag KG.
- Reddemann, L. (2014). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT®-Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie, Klett-Cotta.
- Remschmidt, H. (2010). Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen : ein integratives Lehrbuch für die Praxis ; 221 Tabellen. Stuttgart u.a., Thieme.
- Remschmidt, H. (2011). Kinder- und Jugendpsychiatrie : Eine praktische Einführung. s.l., Georg Thieme Verlag KG.
- Rupprecht, R. (2006). Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie : Ihr roter Faden durchs Studium nach der neuen ÄAppO ; mit 103 Tabellen. Stuttgart, Wiss. Verl.-Ges.
- Steinhausen, H.-C. (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen : Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ; mit 73 Tabellen

sowie 75 aktuellen Original-Fragebögen und Skalen ; [mit dem Plus im Web, Zugangscode im Buch]. München, Elsevier, Urban & Fischer.

Terr, L. (1994). Unchained memories: True stories of traumatic memories lost and found, Basic Books.

Tölle, R. (2012). Psychiatrie : einschließlich Psychotherapie ; mit 12 Tabellen. Heidelberg, Springer.

Volz, A. (2015). BASICS Psychiatrie. München, Elsevier, Urban & Fischer.

Internetquellen

Andreß, H.-J. (2013). Retrieved 14.11.2018 10:32Uhr, from <http://eswf.uni-koeln.de/lehre/stathome/statcalc/v2202.htm>.

Bundesamt-für-Migration-und-Flüchtlinge. (2017). "Bundesamt, S. (2017). "Bevölkerung und Erwerbstätigkeit." Ausländische Bevölkerung Ergebnisse des Ausländerzentralregisters." Retrieved 12.04.18 16:49, from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendBevoelkerung2010200177004.pdf?__blob=publicationFile.

Nationen, V. (1999). "Standard country or area codes for statistical use (M49)." Retrieved 24.10.18, from <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>.

Universität-Zürich. (2018). Retrieved 13.11.2018, from https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/zusammenhaenge/lreg.html.

Testinstrumente

Achenbach, T. M. and C. J. B. Edelbrock (1991). "Child behavior checklist." 7.

Bean, T., E. Eurelings-Bontekoe, I. Derluyn and P. Spinhoven (2004). "Stressful life events (SLE): User's Manual." Centrum'45, Oegstgeest.

Bohus, M., N. Kleindienst, M. F. Limberger, R.-D. Stieglitz, M. Domsalla, A. L. Chapman, R. Steil, A. Philipsen and M. J. P. Wolf (2009). "The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties." 42(1): 32-39.

Plattner, B., Kindler, J., & Bauer, S. S., H. (2003). "Deutsche Fassung des M.I.N.I. KID - MINI INTERNATIONALES NEUROPSYCHIATRISCHES INTERVIEW für Kinder und Jugendliche."

Steinberg, A. M., M. J. Brymer, K. B. Decker and R. S. Pynoos (2004). "The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index." Current psychiatry reports 6(2): 96-100.

□

11 Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde im Januar 2019 von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg als Dissertation angenommen.

Ohne die Unterstützung zahlreicher Personen und Institutionen hätte sie in dieser Form nicht realisiert werden können. Für die mannigfaltig erfahrene Hilfe möchte ich mich an dieser Stelle sehr herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Prof. Dr. Schulte-Markwort, der mich persönlich als seinen Mentee und meine Dissertation in seiner Klinik stets auf herausragende Weise unterstützt hat.

Für die enorm gute Betreuung über einen langen Zeitraum hinweg, das Vertrauen in meine Arbeit und das mehrmalige Lektorat bin ich besonders Dr. Claus Barkmann vom Zentrum für Psychosoziale Medizin sehr dankbar. Sein statistisch-methodisches Fachwissen und sein offenes Ohr für all meine Fragen waren von großem Wert für mich.

Für den Zugang zu den richtungsgebenden Daten und die thematische Eingrenzung sei Dr. Dana Barthel vom Zentrum für Psychosoziale Medizin gedankt. Durch ihr großes Engagement, fachliche Hinweise und ihr professionelles Lektorat hat sie wesentlich zum erfolgreichen Abschluss der Arbeit beigetragen.

Mein besonderer Dank gilt schließlich meiner Mutter Gabriele Veese, die mir mein Studium ermöglicht hat und meine Arbeit mit großem Engagement als Lektorin unterstützt hat.

Gewidmet ist diese Dissertation meinem Vater Johann Veese, der das Ende meines Studiums nicht erleben konnte, aber immer in besonderer Weise an meine Fähigkeiten geglaubt hat.

12 Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

13 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: 