

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde

Prof. Dr. med. Hubertus Adam

Der Einfluss des sozioökonomischen Status auf die psychische Befindlichkeit von Flüchtlingskindern im Exil in Deutschland

Dissertation

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

vorgelegt von:

Lena Katharina Cajina Bilbao la Vieja
aus Hamburg

Hamburg 2020

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 11.02.2021**

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

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Rainer Thomasius

Prüfungsausschuss, der/die Gutachter/in: Prof. Dr. Hubertus Adam

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Einleitung	11
1.1 Stand der Forschung	12
1.1.1 Literaturrecherche	12
1.1.2 Sozioökonomischer Status (SES).....	13
1.1.2.1 Theoretische Basis des SES.....	13
1.1.2.2 Die Beziehung einzelner Indikatoren des SES zur Gesundheit.....	14
1.1.2.3 Einzelvariable versus Kompositionsindex	16
1.1.2.4 Definition des sozioökonomischen Status.....	16
1.1.3 Flüchtling und Flüchtlingskind	18
1.1.4 Psychische Traumatisierung	19
1.1.4.1 Trauma in verschiedenen Entwicklungsstufen	21
1.1.4.2 Posttraumatische Belastungsstörung.....	22
1.1.4.3 Der Umgang mit Trauma in Familien	23
1.1.4.4 Definition des psychischen Traumas dieser Arbeit	24
1.1.5 Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit.....	25
1.1.6 SES und Psychische Gesundheit.....	27
1.1.6.1 Mediatoren von niedrigem SES auf die psychische Gesundheit von Kindern.....	31
1.1.6.2 Einfluss des SES auf Minderheitengruppen.....	35
1.1.6.3 Erklärungsmodelle der Beziehung von SES und psychischer Gesundheit.....	36
1.1.7 Psychische Gesundheit von traumatisierten Flüchtlingskindern.....	39
1.1.8 SES und Flucht.....	42
1.2 Diskussion des Stands der Forschung	45
1.3 Hypothesen.....	48
1.3.1 Der Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES und psychischer Befindlichkeit des Flüchtlingskindes im Exil.....	48
1.3.2 Der Zusammenhang von SES-Abstieg, familiären Risikofaktoren und psychischer Befindlichkeit des Flüchtlingskindes im Exil.....	49
2 Methodik	50
2.1 Design.....	50

2.2	Vorbereitung der Datenerhebung und Probleme der Stichprobengewinnung	50
2.3	Datenerhebung	52
2.4	Schwierigkeiten bei der Datenerhebung	52
2.5	Risiko der „Retraumatisierung“	53
2.6	Bildung der Stichprobe.....	53
2.6.1	Ausschluss von Fällen und Ersetzen von fehlenden Werten	53
2.6.1.1	Ausschluss von Kinderfragebögen.....	54
2.6.1.2	Ausschluss von Elternfragebögen und Bildung von Eltern-Kind-Paaren	54
2.7	Variablen.....	55
2.8	Messinstrumente	56
2.8.1	Kinderfragebogenset	57
2.8.1.1	Soziodemographische Informationen.....	57
2.8.1.2	Exposure to War Trauma („Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht“)... ..	57
2.8.1.3	Childhood PTSD Reaction Index (CPTS-RI).....	58
2.8.1.4	Depression Self Rating Scale for Children (DSRSC)	59
2.8.1.5	Revised Children Manifest Anxiety Scale (RCMAS)	59
2.8.1.6	Children’s Somatization Inventory (CSI)	60
2.8.1.7	Weitere Skalen.....	61
2.8.2	Elternfragebogenset	61
2.8.2.1	Entwicklung des SES Fragebogens	62
2.8.2.2	MacArthur Scale of Subjective Social Status	64
2.8.2.3	International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI).....	65
2.8.2.4	Vortest.....	67
2.8.2.5	Soziodemographische Information.....	67
2.8.2.6	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18).....	68
2.8.2.7	Family Adversity Index (FAI)	69
2.8.2.8	Weitere Skalen.....	70
2.8.3	Übersetzung der Messinstrumente	70
2.8.4	Ausschluss von Ausreißerwerten	70
2.8.5	Datenanalyse	71
3	Ergebnisse	73
3.1	Deskriptive Analysen des Kinderfragebogens	73
3.1.1	Ausmaß von Gewalterlebnissen	73
3.1.2	Psychopathologische Auffälligkeiten im Selbsturteil	74
3.2	Deskriptive Analysen des Elternfragebogens	76
3.2.1	Psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil.....	76
3.2.2	Die Lebenssituation der Familie	77

3.2.2.1	Die subjektive Stellung der Familie im Heimatland und in Deutschland	77
3.2.2.2	Der objektive SES im Heimatland und in Deutschland.....	78
3.2.2.3	Familiärer Risikoindex und Wohnsituation der Familie im Heimatland und in Deutschland	79
3.2.2.4	Der Zusammenhang der SES-Indikatoren untereinander	79
3.2.2.5	Die Zufriedenheit der Familie mit ihrer Lebenssituation	81
3.3	Hypothesenprüfung	81
3.3.1	Der Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES mit der psychischen Befindlichkeit.....	81
3.3.2	Der Zusammenhang von Veränderungen des SES mit der psychischen Befindlichkeit.....	86
3.3.3	Der Zusammenhang familiärer Risikofaktoren mit der psychischen Befindlichkeit	88
4	Diskussion.....	89
4.1	Diskussion der deskriptiven Analysen.....	89
4.1.1	Das Ausmaß von Gewalterlebnissen im Vergleich	89
4.1.2	Psychopathologische Auffälligkeiten im Vergleich zu anderen Flüchtlings- und nichtklinischen Stichproben	92
4.1.3	Der Zusammenhang von Alter und Geschlecht mit psychopathologischen Auffälligkeiten	94
4.1.4	Unterschiede im SES zwischen Heimat und Exil.....	95
4.1.5	Der Zusammenhang subjektiver und objektiver SES-Indikatoren zwischen Heimatland und Exil	96
4.1.6	Der Zusammenhang elterlicher Zufriedenheit mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder	98
4.2	Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung	99
4.2.1	Der Zusammenhang von Herkunfts-SES und psychischer Befindlichkeit	99
4.2.1.1	H ₁ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedriger Stellung im persönlichen Umfeld in der Heimat	99
4.2.1.2	H ₂ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem subjektivem Herkunfts-SES der Familie	100
4.2.1.3	H ₃ + H ₄ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem objektivem SES der Eltern im Herkunftsland	101
4.2.2	Der Zusammenhang von Exil-SES und psychischer Befindlichkeit	102
4.2.2.1	H ₆ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedriger Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Exil.....	102
4.2.2.2	H ₇ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem subjektivem SES im Exil.....	104

4.2.2.3	H ₈ + H ₉ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem objektivem SES im Exil	105
4.2.2.4	H ₅ + H ₁₀ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei beengten Wohnverhältnissen in der Heimat und im Exil	108
4.2.3	Die besondere Bedeutung des mütterlichen SES für die psychische Gesundheit	108
4.2.4	Der Zusammenhang von Veränderungen des SES mit der psychischen Befindlichkeit.....	109
4.2.4.1	H ₁₁ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei einer Verschlechterung der Stellung im persönlichen Umfeld.....	110
4.2.4.2	H ₁₂ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil bei subjektivem SES-Abstieg	111
4.2.4.3	H ₁₃ und H ₁₄ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil bei objektivem SES-Abstieg.....	112
4.2.4.4	H ₁₅ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil bei Verschlechterung der Wohnsituation.....	113
4.2.4.5	H ₁₆ : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei höherem familiärem Risikoindex	113
4.2.4.6	Der Zusammenhang von SES und psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder.....	114
4.3	Zusammenfassende Diskussion	115
4.4	Limitationen und methodische Kritik	117
4.5	Stärke der Untersuchung	120
4.6	Schlussfolgerungen	121
4.7	Forschungsausblick	122
5	Zusammenfassung	123
6	Literaturverzeichnis.....	124
7	Anhang.....	143
7.1	Detaillierte Analyse des Exposure Fragebogens	143
7.1.1	Zustimmungshäufigkeiten der Items des Exposure to War Fragebogens	143
7.1.2	Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens nach Geschlechtern getrennt	145
7.2	Korrelationstabelle der SES-Variablen	146
7.3	Korrelationstabellen der Hypothesenprüfung	147
7.3.1	Korrelationstabelle H ₁ – H ₁₀	147
7.3.2	Korrelationstabelle H ₁₁ – H ₁₆	148
7.4	Ergebnisse nach Ausschluss von Ausreißern.....	149
7.4.1	Deskriptive Analyse von Kinder- und Elternfragebogen ohne Ausreißer.....	149
7.4.2	Korrelationen der Hypothesenprüfung ohne Ausreißer	150

7.5	Kinderfragebogen	152
7.6	Elternfragebogen	175
7.7	Literaturübersicht SES und psychische Gesundheit	193
7.8	Literaturübersicht SES und Flüchtlinge	197
8	Danksagung	201
9	Lebenslauf/ Vita	202
10	Eidesstattliche Versicherung	203

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Psychopathologische Auffälligkeiten im Selbsturteil der Flüchtlingskinder.	75
<i>Abbildung 2:</i> Psychopathologische Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder im Elternurteil (CBCL)	77
<i>Abbildung 3:</i> Zusammenhang zwischen den SES-Variablen und dem FAI. * signifikante Korrelation bei zweiseitiger Testung, $p < ,05$	80
<i>Abbildung 4:</i> Zusammenhänge von Prämigrations-SES und psychopathologischen Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder. * signifikante Korrelation bei einseitiger Testung, $p < ,025$	83
<i>Abbildung 5:</i> Zusammenhänge von Postmigrations-SES, FAI und psychopathologischen Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder. * signifikante Korrelation bei einseitiger Testung, $p < ,025$	85
<i>Abbildung 6:</i> Zusammenhänge von SES-Abstieg und psychopathologischen Auffälligkeiten. * signifikante Korrelation bei einseitiger Testung, $p < ,025$	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	<i>Gründe für die Ablehnung der Teilnahme von Schulen</i>	51
Tabelle 2:	<i>Verteilung der Merkmale Geschlecht, Herkunftsregion und Religion (N = 35)</i>	55
Tabelle 3:	<i>Aufenthaltsdauer und Alter bei Befragung und Flucht in der Kinderstichprobe (N = 35)</i>	55
Tabelle 4:	<i>Skalen und Kennwerte der Messinstrumente des Kinderfragebogens</i>	61
Tabelle 5:	<i>Ausgewählte Instrumente zur Erfassung des SES</i>	63
Tabelle 6:	<i>Einstufung des Korrelationskoeffizienten</i>	71
Tabelle 7:	<i>Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens (N = 35)</i>	74
Tabelle 8:	<i>Deskriptive Statistik der Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten (N = 35)</i>	75
Tabelle 9:	<i>Deskriptive Statistik der CBCL (N = 35)</i>	76
Tabelle 10:	<i>Subjektive Stellung der Familie in der Heimat und in Deutschland</i>	78
Tabelle 11:	<i>ISEI von Frauen und Männern in der Heimat und Deutschland (N = 35)</i>	79
Tabelle 12:	<i>Zufriedenheit mit Stellung, Beschäftigung und Wohnsituation (N = 35)</i>	81
Tabelle 13:	<i>Häufigkeiten psychopathologischer Auffälligkeiten</i>	93
Tabelle 14:	<i>Zustimmungshäufigkeiten der Items des „Exposure to War“-Fragebogens (N=35)</i>	143
Tabelle 15:	<i>Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens nach Geschlechtern getrennt</i>	145
Tabelle 16:	<i>Zusammenhang der SES-Variablen untereinander</i>	146
Tabelle 17:	<i>Korrelationen subjektiver und objektiver SES-Indikatoren in Heimat und Exil mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Eltern und Selbsturteil der Kinder (H1 – H10)</i>	147
Tabelle 18:	<i>Korrelationen von SES-Differenz-Indikatoren und FAI mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern- und Selbsturteil (H₁₁ – H₁₆)</i>	148
Tabelle 19:	<i>Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens ohne Ausreißer (N = 34)</i>	149
Tabelle 20:	<i>Deskriptive Statistik der CBCL ohne Ausreißer (N = 34)</i>	149
Tabelle 21:	<i>Deskriptive Statistik der Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten ohne Ausreißer (N = 34) ...</i>	149
Tabelle 22:	<i>Korrelationen von Prä- und Postmigrations-SES (subjektiv und objektiv) mit psychopathologischen Auffälligkeiten (ohne Ausreißer)</i>	150

Tabelle 23: <i>Korrelationen von SES-Differenz-Indikatoren mit psychopathologischen Auffälligkeiten (ohne Ausreißer)</i>	151
Tabelle 24: <i>Studien SES und psychische Gesundheit bei Kindern</i>	193
Tabelle 25: <i>Flüchtlingsstudien und SES</i>	197

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
CBCL	Child Behavior Checklist
CPTS-RI	Childhood PTSD Reaction Index
CSI	Children´s Somatization Inventory
Diff	Differenzwerte
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSRSC	Depression Self Rating Scale for Children
FAI	Family Adversity Index
H	Hypothese
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale Klassifikation der Krankheiten
ISEI	International Socio-Economic Index of Occupational Status
ISCO	International Standard Classification of Occupations
M	Mittelwert
Max	Maximum
MD	Median
Min	Minimum
OR	Odds Ratio
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RCMAS	Revised Children Manifest Anxiety Scale
SCL	Symptom Check List
SD	Standard deviation, Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SES	Socioeconomic Status
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences for Windows
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Durch die Trauma- und Flüchtlingsforschung ist belegt, dass ständige Angst und Unsicherheit, das Miterleben von Gewalt und die körperlichen Strapazen im Rahmen von Flucht und Verfolgung die kindliche Entwicklung grundsätzlich belasten und zu massiven psychischen Störungen führen können (Jensen et al. 1993). Der negative Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status (socioeconomic status, SES) als Risikofaktor einer psychisch gesunden Entwicklung von Kindern ist hinlänglich belegt (Rutter 1988, Durlak 1998, Leventhal und Brooks-Gunn 2000), liefert im Zusammenhang mit Flüchtlingskindern jedoch widersprüchliche Ergebnisse. Kinder mit niedrigem SES sind im Krieg stärker psychisch belastet (Thabet und Vostanis 1998, Al Krenawi et al. 2009) als ihre sozioökonomisch besser gestellten Peers (Mghir und Raskin 1999, Montgomery 2011). Andererseits zeigen gebildetere Flüchtlinge und Flüchtlinge mit einem höheren SES vor der Flucht häufig eine schlechtere psychische Gesundheit im Exil (Porter und Haslam 2005). Ursächlich können ein SES-Abstieg sowie die Alltagsbedingungen im Fluchtland sein (Sundquist 1993, Porter und Haslam 2005). Vergleichende Messungen zwischen Prä- und Postmigrations-SES fehlen jedoch bisher. Dies liegt u. a. daran, dass bisherige Flüchtlingsstudien den SES individuell konzeptionalisierten und auf den Einsatz validierter Instrumente verzichteten. Die vorliegende Arbeit soll diese Lücke schließen und die Auswirkungen von Prä- und Postmigrations-SES auf die psychische Befindlichkeit von Flüchtlingskindern im Exil untersuchen. Es sollen sowohl deskriptiv-epidemiologische Fragen beantwortet, als auch a priori aufgestellte Hypothesen überprüft werden. Ziel ist es, die Rolle von soziodemografischen Variablen (SES) auf die psychische Befindlichkeit von Flüchtlingskindern im Exil besser zu verstehen und dadurch zur Entwicklung künftiger Hilfs- und Präventionsprogramme beizutragen. Da vergleichbare Untersuchungen bisher in Deutschland nicht zur Verfügung stehen hat dieses Forschungsprojekt einen stark explorativen Charakter. Folgende Fragestellungen und Hypothesen werden untersucht:

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen Herkunfts- und Exil-SES mit der psychischen Befindlichkeit des Flüchtlingskindes im Exil?
2. Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen verschiedener SES-Indikatoren und der psychischen Befindlichkeit bei Flüchtlingskindern im Exil?
3. Wenn ja, welcher Art (Richtung und Verlauf) und von welcher Größe ist dieser Zusammenhang?

1.1 Stand der Forschung

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf das Konzept des „sozioökonomischen Status“ im Rahmen der empirischen Ungleichheits- und Gesundheitsforschung und Möglichkeiten seiner empirischen Erfassung eingegangen sowie seine Definition für diese Arbeit abgeleitet. Im Anschluss werden die für die Charakterisierung der Stichprobe dieser Arbeit notwendigen Begriffe „Flüchtling“ und „psychische Traumatisierung“ erläutert, die jeweilige Definition für diese Arbeit abgeleitet und ein kurzer Überblick über die aktuelle Flüchtlingssituation gegeben. Es wird auf die im Rahmen der „Risiko- und Schutzfaktorforschung“ empirisch belegten Einflussgrößen auf die psychisch gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Anhand relevanter empirischer Studien wird der aktuelle Stand der Forschung zu SES und psychischer Gesundheit bei Kindern, zur psychischen Gesundheit bei Flüchtlingskindern und dem Zusammenhang von SES und psychischer Gesundheit bei Flüchtlingen dargestellt, diskutiert und die für diese Arbeit relevanten Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet.

1.1.1 Literaturrecherche

Eine erste Literaturrecherche erfolgte vorbereitend auf die Untersuchung 2001 in den Datenbanken Medline, Psycfirst, Psynindex, Psyclit und Pilots Catalog unter den Suchbegriffen: socioeconomic status, SES, social status, social class, mental health, mental disorder, psychopathology, psychiatric disorder, refugees, children, reviews, definition. Weitere Quellen und Anknüpfungspunkte waren Literaturverzeichnisse anderer Artikel, der Campuskatalog, Internetsuchmaschinen sowie Kontakte zu Autoren und Ämtern. Eine Aktualisierung der Literaturrecherche erfolgte 2013 und 2019.

Berücksichtigt wurden Artikel, welche die psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern, den Zusammenhang von SES und psychischer Gesundheit bei Kindern bzw. Flüchtlingen und Flüchtlingskindern untersuchten. Außerdem wurden Artikel berücksichtigt, welche sich methodisch mit der Messung von SES, sozialer Klasse oder vergleichbaren Konzepten in der empirischen Forschung befassten. Es zeigte sich, dass der sozioökonomische Status Bestandteil zahlreicher Forschungsarbeiten der vergangenen Dekaden gewesen ist, welche Unterschiede in der sozialen Verteilung somatischer und psychischer Gesundheit untersuchten. Auch in die Flüchtlingsforschung hat der SES in den letzten Jahren zunehmend Eingang gefunden und sich die Studienlage hier deutlich verbessert. Die meisten Untersuchungen erfassen den SES als Kontrollvariable und nur wenige Studien erfassen differenziert den Einfluss des SES auf die gesunde Entwicklung von (Flüchtlings-) Kindern (vgl. Tabellen 24 und 25 im Anhang 7.7 und 7.8).

1.1.2 Sozioökonomischer Status (SES)

Seit Jahrhunderten werden Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Morbidität und Mortalität beobachtet und beschrieben. Soziale Unterschiede beeinträchtigen über schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen die Gesundheit und verkürzen die Lebenserwartung. Eine Schwierigkeit der empirischen Forschung über die Beziehung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist, dass verschiedene Begriffe austauschbar genutzt werden, die ursprünglich auf unterschiedlichen soziologischen Konzepten beruhen, wie: soziale Klasse (social class), sozialer Status (social status), soziale Ungleichheit (social inequality), soziale Schichtung (social stratification) und sozioökonomischer Status. Dies erschwert die Vergleichbarkeit empirischer Studien. Die wenigsten Studien definieren die genutzten Variablen, so dass keine konzeptionelle Klarheit darüber besteht, was gemessen wird und in welcher Beziehung die Variable zur Gesundheit steht. Oft werden einzelne Indikatoren stellvertretend für ein komplexes Konzept verwendet. Die meisten empirischen Studien erfassen den SES (oder Synonym gebrauchte Begriffe) darüber hinaus als Störvariable, so dass entweder nach SES Gesichtspunkten homogene Subjekte untersucht werden oder statistisch für den SES kontrolliert wird und somit keine Aussagen über die zugrundeliegende Beziehung des SES zur Gesundheit getroffen werden kann (vgl. Liberatos et al. 1988, Hoffmeister et al. 1992, Krieger et al. 1997, Adler und Stewart 1999). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff des SES zur Messung sozialer Ungleichheit genutzt. Eine Schwierigkeit im Zusammenhang mit der Messung des SES besteht darin, dass bis heute keine einheitliche Definition existiert. Deshalb soll im Folgenden zunächst die theoretische Basis, die den meisten Konzepten zur sozialen Ungleichheit zugrunde liegt dargestellt werden und die sich daraus ableitenden Indikatoren und ihre Beziehung zur Gesundheit erläutert werden. Im Anschluss werden verschiedene Möglichkeiten zur Erfassung des SES dargestellt und abschließend die Definition des SES der vorliegenden Arbeit hergeleitet. Auf eine Abgrenzung der einzelnen soziologischen Konzepte zur sozialen Ungleichheit gegeneinander wird an dieser Stelle verzichtet und dazu auf die soziologische Fachliteratur verwiesen.

1.1.2.1 Theoretische Basis des SES

Die ersten Konzepte zur **sozialen Klasse** und unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionen stammen von Karl Marx und Max Weber. Insbesondere Webers Grundgedanken waren Basis der meisten später entwickelten Instrumente zur Messung sozialer Klasse (Liberatos et al. 1988). Während nach Marx die Klassen auf der Basis der Beziehung einer Gruppe zu den Anteilen an der Produktion kategorisiert und damit die ökonomische Ungleichheit betont wird, basieren nach Max Weber unterschiedliche Positionen in der Gesellschaft auf den drei Dimensionen:

1. Klasse,
2. Status (oder ständische Ehre) und
3. Partei (oder Macht).

Von der Klasse wird angenommen, dass sie eine ökonomische Basis hat, die Besitz und Kontrolle von Ressourcen impliziert und durch Messungen des Einkommens angegeben wird. Status entspricht Prestige oder Ehre in der Gemeinde und beinhaltet „Zugang zu Lebenschancen“, die auf sozialen und kulturellen Faktoren, wie Familienhintergrund, Lebensstil und sozialen Netzwerken basieren. Macht ist bei Weber mit politischen Kontexten verbunden (zitiert nach Liberatos et al. 1988, S. 88-89).

1.1.2.2 Die Beziehung einzelner Indikatoren des SES zur Gesundheit

Die meisten Instrumente zur Messung sozialer Klasse bzw. des sozioökonomischen Status leiten sich von Webers Sicht ab, dass die soziale Klasse drei verschiedene aber miteinander verbundene Dimensionen hat. In den Instrumenten wird dies durch die Nutzung dreier Indikatoren aufgegriffen. Meist werden Beruf, Bildung und Einkommen oder Wohlstand genutzt, die Webers Dimensionen von Klasse und Status entsprechen. Diese genutzten Indikatoren tragen wesentlichen gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen Rechnung. Sie haben verschiedene Beziehungen zur Gesundheit sind aber gleichzeitig vielfältig miteinander verbunden (vgl. Siegrist 1995, Liberatos et al. 1988).

Die **Bildung** als Variable in der soziologischen Ungleichheitsforschung hat eine wichtige Schlüsselfunktion für den Erwerb von Berufsstatus und Einkommen sowie für den Lebensstil des Individuums. Schulabschlüsse ermöglichen den Zugang zu höherqualifizierten und besser bezahlten Berufen. Somit kann Bildung, die wesentliche Grundqualifikationen für den Arbeitsmarkt vermittelt, als humanes Kapital angesehen werden. Unterschiedliche Möglichkeiten in Bildung zu investieren, trägt zu sozialer Ungleichheit bei. Darüber hinaus bestimmt der Bildungsgrad wesentlich den Lebensstil verschiedener sozialer Gruppen und damit für Gesundheit und Krankheit wesentliche soziale Normen, Einstellungen und Problemlösungskapazitäten (Siegrist 1995). Weniger gebildete Menschen zeigen in Bezug auf die Gesundheit häufig mehr risikobehaftete Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum), schlechtere Ernährungsgewohnheiten und eine geringere Teilnahme an medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (National Advisory Mental Health Council 1996). Bildung kann als Variable zuverlässig erfasst werden, sie ist relativ stabil im Laufe eines individuellen Lebens und es sind entsprechende Informationen über den größten Teil der erwachsenen Bevölkerung verfügbar. Nachteilig ist jedoch die geringe Vergleichbarkeit von Schulabschlüssen, insbesondere im zeitlichen Längsschnitt sowie zwischen verschiedenen Ländern, die

schiefe Verteilung des Merkmals in der Bevölkerung und die große Heterogenität der Bildungsinhalte bei formal gleichen Abschlüssen (Siegrist 1995).

Der **Beruf** beeinflusst mittelbar und unmittelbar die Qualität der Lebensverhältnisse der arbeitenden Bevölkerung und der von ihr abhängigen Sozialgruppen. Er spielt eine große Rolle für die Statuszuweisung und das soziale Identitätserleben. Die Mehrheit der Bevölkerung verbringt die meiste Lebenszeit in der Berufstätigkeit, so dass Erfolgs- bzw. Misserfolgserfahrungen in diesem Bereich und die hier erlebte Exposition gegenüber Einflüssen, welche die seelische und körperliche Gesundheit bzw. im weiteren Sinne die Lebensqualität beeinträchtigen, von besonderer Bedeutung sind. Verhaltensstile werden durch den Beruf wesentlich geprägt und beeinflussen das außerberufliche Leben, die Werte und Orientierungen der Betroffenen bis hin zum Erziehungs-, Konsum- und Freizeitverhalten (Siegrist 1995). Die Beschäftigungssituation bei niedrigem SES ist dabei gekennzeichnet durch eine Konzentration negativer Beschäftigungsmerkmale, wie geringe Arbeitsplatzsicherheit, niedrige, oft an die unmittelbare Leistung gekoppelte Bezahlung, hohe Belastung, erhöhte Unfallgefahr, Schichtarbeit, starre Arbeitszeiten, intensives und fremdbestimmtes Arbeitstempo, monotone Tätigkeiten mit wenig eigenem Handlungsspielraum und niedrigem Prestige (Hradil 1987:44, Oppolzer 1994, National Advisory Mental Health Council 1996). Der Beruf kann auf zwei Arten in eine Rangfolge gebracht werden, durch subjektive Prestige einschätzungen und objektiv auf der Basis von Bildung und finanzieller Entlohnung (Liberatos et al. 1988). In Deutschland existiert erst seit 2011 ein einheitliches Klassifizierungssystem der Berufe (Klassifikation der Berufe 2010). Zuvor wurden unterschiedliche Klassifizierungssysteme genutzt, die die berufliche Mobilität in modernen Gesellschaften nur unzureichend abbilden konnten.

Das **Einkommen** ist ein wichtiger Indikator sozialer Ungleichheit, da eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Güter und Lebenschancen direkt oder indirekt von ihm abhängen, wie z. B. die Wohnqualität, Hygiene, gesundheitsfördernde Ernährung und medizinische Betreuung (Siegrist 1995). Einkommen oder Wohlstand können die Bildungsmöglichkeiten oder den Zugang zu verschiedenen Lebensstilen, Prestige und Macht beeinflussen (Liberatos et al. 1988). Bei der Erfassung von Einkommen ist es von besonderer Bedeutung, die von ihm abhängende Personenzahl zu berücksichtigen. In empirischen Studien wird alternativ häufig Armut als ein Maß für den Mangel an Ressourcen erfasst und hierfür das Einkommen in Abhängigkeit der festgelegten Armutsgrenze des jeweiligen Landes herangezogen. Diese wird in den verschiedenen Ländern z. T. jedoch sehr unterschiedlich berechnet (vgl. für Deutschland: Lebenslagen in Deutschland - Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2001). Weitere Indikatoren, wie z. B. Wohneigentum oder bestimmte Konsumgüter können das Haushaltsvermögens spezifizieren oder bei fehlenden Informationen auch alternativ für das Einkommens erhoben werden.

1.1.2.3 Einzelvariable versus Kompositionsindex

Für die Erfassung des SES in empirischen Studien muss berücksichtigt werden, dass die einzelnen Indikatoren Unterschiede im Gesundheitsstatus zwar beschreiben, diese aber nicht erklären können (Liberatos et al. 1988, Krieger et al. 1997). Es wird daher diskutiert, ob die verschiedenen genutzten Indikatoren verschiedene aber miteinander in Beziehung stehende Variablen sind, die verschiedene Aspekte einer sozialen Schicht messen (Liberatos et al. 1988). Hieraus leiten sich zwei unterschiedliche Ansätze zur Erfassung des SES in der empirischen Forschung ab, nämlich die Nutzung von Kompositionsindizes, bei denen verschiedene Variablen in einem Index kombiniert und vereint werden oder die Erfassung einzelner Variablen mit anschließender individueller Gewichtung für jede Studie. Der Vorteil **einzelner Indikatoren** ist, dass sie mehr Informationen liefern können und flexibler sind. Entscheidend für den Informationsgehalt ist dabei die Auswahl der Indikatoren. Wie zuvor bereits erwähnt ist in diesem Zusammenhang problematisch, dass in vielen Studien verschiedene Einzelindikatoren austauschbar genutzt werden, obwohl sie nur moderat miteinander in Beziehung stehen und einzelne Indikatoren zur Erfassung eines komplexen Konzepts genutzt werden (Adler und Ostrove 1999). Typische Beispiele für die Erfassung einzelner Indikatoren in Indizes sind Beschäftigungsindizes, wie die seit langem in England genutzte British Registrar General's Scale zur Einordnung von Individuen in verschiedene soziale Klassen sowie die Beschäftigungsindizes von Nam und Powers (1983) und Treiman (1975). Bei der Nutzung von **Kompositionsindizes** ist die Erklärungskraft aufgrund der festgelegten Kombination verschiedener Indikatoren gegenüber Einzelindikatoren erhöht und sind Vergleiche zwischen Studien möglich. Ein häufig genannter Nachteil von Kompositionsindizes ist, dass wichtige Unterschiede in Beziehungen der einzelnen Variablen verschleiert werden können (Liberatos et al. 1988). Beispiele für Kompositionsindizes stammen u. a. von Duncan (1961), Hollingshead (1978), Nam und Powers (1983), Ganzeboom et al. (1992), Ganzeboom und Treiman (1996) (vgl. Tabelle 5 und Kapitel 2.8.2.1). Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die meisten Instrumente zur Erfassung des SES für weiße männliche Angestellte mittleren Alters entwickelt wurden und daher ihre Validität für Frauen, ältere Populationen und ethnische Minderheiten unklar bzw. nicht ausreichend gegeben ist (Liberatos et al. 1988, Berkman und Macintyre 1997). Viele der vorhandenen Skalen sind inzwischen veraltet und nicht für alle stehen Updates zur Verfügung.

1.1.2.4 Definition des sozioökonomischen Status

In ihrem Bemühen um konzeptionelle Klarheit in der Erfassung des SES in der Gesundheitsforschung definierten Krieger et al. (1997) den SES in Abgrenzung zur sozialen Klasse.

Die soziale Klasse bezieht sich nach Krieger et al. auf soziale Gruppen, die durch wechselseitige ökonomische Beziehungen zwischen Menschen in Gesellschaften entstehen, z. B. als Arbeitnehmer, Arbeitgeber oder Manager. Zentral ist dabei eine Asymmetrie ökonomischer Ausbeutung, wobei Inhaber von Ressourcen (z. B. Kapital) ökonomisch von Angestellten profitieren, die für sie arbeiten. Die soziale Klasse als soziale Beziehung ist logisch und vorrangig materiell in ihrem Ausdruck der Verteilung von Arbeit, Einkommen, Reichtum, Bildung und sozialem Status. Aus analytischer Sicht ist die soziale Klasse eine nominale und kategoriale Variable.

Der sozioökonomische Status, oder wie Krieger et al. begrifflich bevorzugen, die sozioökonomische Position, ist ein zusammengesetztes Konzept, das sowohl ressourcenbasierende Messungen (kategoriale Variablen), als auch Prestigemessungen (kontinuierliche Variablen) beinhaltet. Ressourcenbasierende Messungen beziehen sich auf materielle und soziale Ressourcen sowie Besitz, inklusive Einkommen, Vermögen und Bildungsabschlüssen. Der Zustand unzureichender Ressourcen wird durch Begriffe wie Armut (adversity) und Mangel (deprivation) beschrieben. Prestigebasierende Messungen beziehen sich auf den Rang oder Status eines Individuums in einer sozialen Hierarchie, typischerweise in Bezug auf Zugang und Nutzung von Konsumgütern, Dienstleistungen und Wissen. Sie werden meist als kontinuierliche Variablen konzipiert (Krieger et al. 1997, S. 345-347).

Empirische Studien belegen, dass ökonomische und Bildungsressourcen, ebenso wie Prestige in Minderheitengruppen und zwischen Frauen und Männern häufig unterschiedlich verteilt sind (Krieger et al. 1997). Der SES wirkt in Bezug auf die Gesundheit in Minderheitengruppen anders, da Minderheitengruppen ihre soziale Stellung anhand anderer Kriterien beurteilen, als die Hauptbevölkerung. Dadurch kann beispielsweise der Beschäftigungsstatus in verschiedenen Gesellschaftsgruppen eine unterschiedliche Bedeutung haben (Berkman und Macintyre 1997). Zudem existieren innerhalb der verschiedenen Minderheitenschichten aufgrund kultureller Einflüsse oft verschiedene Lebensstile, die durch traditionelle Messungen des SES nicht erfasst werden (Liberatos et al. 1988). Bei der Beurteilung des Verdienstes und Beschäftigungsstatus von Migranten und Flüchtlingen muss zudem berücksichtigt werden, dass häufig Geld in die Heimat geschickt wird und aufgrund der Aufenthaltsstatusbestimmungen Beschäftigungen angenommen werden, die niedriger sind als ihr Ausbildungsgrad vermuten ließe (vgl. Berkman und Macintyre 1997, Hradil 1994). Die **subjektive Einschätzung des SES** durch die Befragten selbst kann in diesem Zusammenhang Aufschluss über das individuelle Verständnis einer Person von seiner Position in der sozialen Hierarchie der Gesellschaft geben. Gerade in ärmeren Bevölkerungsgruppen, in denen Individuen nach objektiven SES-Indikatoren einen niedrigen Stand in der Gesellschaft haben, kann darüber hinaus ihre subjektiv wahrgenommene Stellung innerhalb ihres unmittelbaren sozialen Umfeldes weitere wichtige Informationen für das Zusammenspiel

von sozialer Ungleichheit und Morbidität liefern, beispielsweise wenn Individuen großes Ansehen innerhalb sozialer Gruppen genießen (Adler und Stewart 2007). Eine Reihe von Studien belegen einen Zusammenhang von subjektivem SES zu verschiedenen Indikatoren physischer und psychischer Gesundheit (Singh-Manoux et al. 2005, Goodman et al. 2001, weitere Studien siehe Adler und Stewart 2007, Kapitel „Relationship to Health“). Diese Zusammenhänge der subjektiven Indikatoren mit der Gesundheit bestanden auch dann, wenn für objektive SES-Indikatoren kontrolliert wurde und waren zum Teil sogar stärker als die Zusammenhänge objektiver Indikatoren zur Gesundheit (Adler et al. 2000, Adler und Stewart 2007). Goodman et al. (2001) belegten einen signifikant negativen Zusammenhang von subjektivem SES und der Stellung im persönlichen Umfeld mit depressiver Symptomatik bei Jugendlichen (N = 10843).

In der vorliegenden Arbeit bezieht sich der sozioökonomische Status auf den subjektiv und objektiv erfassten kombinierten Einfluss von Bildung, Beruf und Einkommen auf die Stellung eines Individuums in sozialen Gefügen. Dabei beeinflusst die subjektiv wahrgenommene Stellung des Individuums in seinem unmittelbaren sozialen Umfeld die Beziehung von SES und Gesundheit. Die objektiv erfassten Indikatoren beinhalten sowohl ressourcenbasierende Messungen als auch Prestigemessungen.

1.1.3 Flüchtling und Flüchtlingskind

Die erschreckenden Statistiken des UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) belegen, dass sich die Anzahl der Flüchtlinge weltweit von 12,1 Millionen im Jahr 2000 (UNHCR 2002) mehr als verdoppelt hat, auf 25,9 Millionen Flüchtlinge im Jahr 2018 (UNHCR 2019). Die Zahl der gewaltsam vertriebenen Menschen (Flüchtlinge, inklusive Menschen, die in ihrem eigenen Land vertrieben wurden und Asylsuchende) lag Ende 2018 sogar bei 70.8 Millionen Menschen weltweit. Diese Entwicklung spiegelt sich in Deutschland nicht im gleichen Maße wider, dennoch ist die Zahl, der in Deutschland lebenden Flüchtlinge von 906.000 im Jahr 2000 (UNHCR 2002) auf 1,1 Millionen im Jahr 2018 gestiegen (UNHCR 2019). Der Anteil von Kindern nimmt unter den Flüchtlingen seit Jahren stetig zu. Zwischen 2008 und 2016 verzehnfachte sich die Zahl der Kinder, die in Europa Asyl beantragte (UNICEF 2017) und aktuell sind die Hälfte der weltweit gewaltsam vertriebenen Menschen Kinder (UNHCR 2019).

Nach der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 ist ein Flüchtling eine Person, die „aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich au-

ßerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“ (UNHCR 1951).

Aus psychologischer Sicht ist „Flucht“ ein andauernder Prozess, der nicht nur durch ein Weggehen und Ankommen zu definieren ist. Es handelt sich um ein Kontinuum, welches von freiwilliger Wanderung über forcierte Migration bis hin zur erzwungenen Flucht reicht. Pries (1996) ergänzt aus soziologischer Sicht, dass Migrationsprozesse heute – unter dem Einfluss moderner Verkehrs- und Kommunikationsmittel – anders verlaufen und nicht mehr in dem Maße von Abreise, Ankunft und Anpassung bestimmt sind, wie noch wenige Jahre zuvor. Sogenannte „Transnationale soziale Räume“ seien dadurch entstanden, dass die Migranten sich in einem Kommunikationsprozess mit der Herkunftsregion befinden und teilweise in diese zurückkehren. Da auch immer Aspekte von Rückkehr, Rückkehrwünschen, Delegation von Aufgaben an die Nachgeborenen, Hoffnungen und Enttäuschungen eine Rolle spielen, ist der „psychische Aufenthalt“ in den sogenannten „Transnationalen sozialen Räumen“ häufig ein sehr langer (Pries 1996). Dabei hat die Kultur, in der ein Mensch aufgewachsen ist, großen Einfluss auf sein Denken, Fühlen und Handeln und der „kulturelle Filter“ (McGoldrick 1982), durch den die Welt wahrgenommen wird, spielt eine wichtige Rolle dabei (Leyer 1996). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass für geflüchtete Kinder und Jugendliche das Leben im Spannungsfeld zwischen traditionellen Werten und Normen ihrer Herkunftskultur und den Erfahrungen in der Gesellschaft des Fluchtlandes zur Entwicklung psychiatrischer Symptome beiträgt (vgl. David et al. 1998, Greenberg und Schneider 1997, Hovey und King 1996, Sack 1998, Steinhausen 1983).

Die Definition der vorliegenden Arbeit betrachtet ein „Flüchtlingskind“ als ein Kind bis 18 Jahre, dessen Biographie durch einen unter Umständen lebenslang andauernden Prozess gekennzeichnet ist, der sich zwischen den Polen von freiwilliger Wanderung einerseits und forcierter Flucht andererseits, bewegen kann. Wenn das Kind bzw. seine Eltern darüber hinaus Krieg, Bürgerkrieg oder andere Formen organisierter Gewalt erlebt haben, und das Kind aufgrund dessen seine angestammte Heimat verlassen musste, handelt es sich um ein Flüchtlingskind.

1.1.4 Psychische Traumatisierung

Im folgenden Kapitel werden zunächst unterschiedliche Konzepte psychischer Traumatisierung vorgestellt, die im Verlauf der Traumaforschung entwickelt wurden und dem Verständnis unterschiedlicher Formen der Traumatisierung dienen. Daran anschließend wird auf Aspekte psychischer Traumatisierung in verschiedenen Entwicklungsstufen eingegangen,

das in der empirischen Forschung relevante Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt und auf den Umgang mit Trauma in Familien eingegangen, welcher entscheidend die Entwicklung kindlicher Symptomatik beeinflussen kann. Abschließend wird die Definition des Traumabegriffes dieser Arbeit hergeleitet.

Sigmund Freud führte 1920 den Begriff „Trauma“ als eine psychische Verletzung ein. Ihm lag das Konzept des „**Reizschutzes**“ zu Grunde, welches einen Zusammenhang zwischen einem belastenden äußeren Ereignis und dem individuellen Erleben beschreibt. Ein Reiz ist dann traumatisierend, wenn er stark genug ist, das Schutzschild zu durchbrechen, das Subjekt nicht adäquat darauf reagieren kann und er die „psychische Organisation“ erschüttert und dauerhaft pathogen beeinflusst. Es kann sich dabei um ein „einziges, sehr heftiges Ereignis“ handeln oder um „eine Anhäufung von Reizen, von denen jeder isoliert erträglich wäre“ (Laplanche und Pontalis 1973). Diese Idee der Anhäufung von Reizen bildete die Grundlage für Khans Konzept des „**kumulativen Traumas**“ (Khan 1977). Eine Reihe von an sich nicht traumatisierenden Einzelerfahrungen kumulieren zu einem Trauma, wenn es einer Mutter nicht gelingt, ihre „Rolle als Reizschutz im Laufe der Entwicklung des Kindes vom Säuglings- bis zum Jugendalter adäquat wahrzunehmen“ (Khan 1977). In einem späteren Systematisierungsversuch psychischer Traumatisierung in der Kindheit unterschied Terr (1991) zwischen dem Trauma, das durch einen plötzlichen Schock entsteht und dem, welches durch eine Reihe externer Schicksalsschläge entsteht. Häufig existieren jedoch gemischte Situationen, wenn ein Schicksalsschlag eine lange Folge von Leid mit sich bringt.

Keilson (1979) prägte in der Traumaforschung den Begriff der „**sequentiellen Traumatisierung**“. Er stellte im Rahmen einer 25-jährigen Follow-Up-Untersuchung jüdischer Kriegswaisen fest, dass es verschiedene traumatisierende Sequenzen im Leben der Kinder gab. Er unterschied drei traumatisierende Sequenzen, nämlich zunächst die Sequenz der feindlichen Besetzung der Niederlande mit dem beginnenden Terror gegen die jüdische Minderheit und Angriffen auf die soziale und psychische Integrität der jüdischen Familie. Daran schloss sich die Sequenz der direkten Verfolgung, mit der Deportation von Eltern und Kindern, beziehungsweise der Trennung von Müttern und Kindern, das Verstecken in improvisierten Pflegemilieus sowie der Aufenthalt in Konzentrations- und Vernichtungslagern an. Die dritte Sequenz bezieht sich auf die Nachkriegsperiode mit Vormundschaftszuweisungen als zentralem Thema, aber auch allen Schwierigkeiten der Wiedereingliederung (Keilson 1979). Keilson zeigte mit seiner Untersuchung, dass Kinder unterschiedlicher Alters- und Entwicklungsstufen unterschiedliche Reaktionsformen auf psychische Traumatisierung ausbilden und, dass die Traumatisierung auch nach Beendigung der akuten Verfolgung andauern kann.

Andere Studien zeigen, dass Traumatisierung in einem langen multigenerationalen Wechsel der Ereignisse (Gewalt, Deportationen, familiäre Trennungen und Zusammenbrüche, ökonomische Verluste, unfreiwillige Migration, soziales und ökonomisches Randleben, Arbeitsausbeutung, Angst vor Abschiebung, etc.) auftreten können (Farias 1991). Kestenberg (1983) spricht hier von einer „**transgenerationalen Traumatisierung**“. Nicht verarbeitete traumatisierende Erfahrung, bzw. abgespaltene nicht reflektierte Erfahrungsanteile wirken auf die nächsten Generationen weiter und können durch diese wieder konkretisiert werden. Den Kindern und Kindeskindern fällt die Aufgabe der Wiedergutmachung des den Eltern zugefügten Schadens zu (Becker 1997).

Bürgin sieht die Qualität eines traumatischen Ereignisses bereits dann erfüllt, wenn die grundlegenden Bedürfnisse eines Kindes in jeder Phase seiner psychosozialen Entwicklung nicht adäquat erfüllt werden. Die Vulnerabilität ist umso größer, je jünger das Kind ist. Allgemein formuliert ist Trauma demnach eine Überforderung der Bewältigungsmöglichkeiten oder ein Mangel an notwendigen unterstützenden Beziehungen (Bürgin 1995). Immer wieder konnte in Untersuchungen zu traumatisierenden Situationen wie z. B. Krieg oder Terroranschlägen beobachtet werden, dass gerade jüngere Kinder nicht nur auf das traumatisierende Ereignis direkt reagierten, sondern durch das traumatisierte Verhalten ihrer Mütter indirekt stark beeinflusst waren. Dies führte zu der Begriffsbildung des „**relationalen Traumas**“. Dieses beschreibt das gleichzeitige Auftreten traumabezogener Störungen (posttraumatische Belastungsstörung) bei Müttern und ihren (insbesondere jungen) Kindern, wobei die Symptomatik der Mutter diejenige des Kindes verschärft (Scheeringa und Zeanah 2001).

1.1.4.1 Trauma in verschiedenen Entwicklungsstufen

Der kindliche Entwicklungsstand beeinflusst ganz wesentlich, die Art und Weise des Erlebens und die Erholung von traumatischen Ereignissen. In jeder Entwicklungsperiode (Säuglingsalter, frühe und mittlere Kindheit und Jugendalter) muss das Kind spezifische Entwicklungsschwierigkeiten und Entwicklungsaufgaben bewältigen. Das abstrakte Denken und Erinnern erleben in den verschiedenen Perioden fundamentale Veränderungen. Von diesen Veränderungen hängt es ab, wie bedrohlich Kinder die Gefahr erleben, den Grund der Gewalt verstehen und sich an ihre eigenen Gefühle, Aktionen und Gedanken während des Erlebnisses erinnern. Der Entwicklungsstand beeinflusst auch die Art und Weise, wie Kinder ihre Emotionen ausdrücken und regulieren und die Reaktionen anderer Personen interpretieren. Nicht zuletzt sind auch die Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) und Vorstellungen entwicklungsabhängig, so dass jede traumatische Situation der jeweiligen Altersstufe gemäß interpretiert werden muss (Punamäki 2000, Pynoos et al.

1995). Fischer und Riedesser entwickelten in diesem Zusammenhang die Vorstellung einer „bio-psycho-sozialen Einheit“ der kindlichen Persönlichkeit, bei der neben vorhandenen Copingstrategien auch schädigende Vorerfahrungen berücksichtigt werden. Sie sehen die strukturelle Entwicklung im Vordergrund, die sich aus dem Zusammenwirken von konstitutionellen Faktoren, Reifungsschritten und individuellem Erleben auf die Bildung intrapsychischer Strukturen und Funktionen ergibt (Fischer und Riedesser 1998). Die Entwicklung ist also kein linear kontinuierlicher Prozess und es ist somit kaum möglich, generelle Aussagen über Folgen von Traumatisierung zu machen, stattdessen muss der Einzelfall nachvollzogen werden (Endres und Moisl 1998). Einen guten Überblick über die Entwicklungsanforderungen in den verschiedenen Altersstufen und die Auswirkungen von Trauma auf die einzelnen Entwicklungsabschnitte können z. B. bei Punamäki in ihrer Evaluation von Langzeiteffekten psychosozialer Begleitung traumatisierter Kinder und internationaler Solidaritätsarbeit nachgelesen werden (Punamäki 2000).

1.1.4.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Ereignisse, denen Menschen im Rahmen von Krieg, Verfolgung und Flucht ausgesetzt sind, sind so bedrohlich und verursachen so viel Leid, dass sie bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden (Kriterium A). Viele Betroffene entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung (englisch post-traumatic stress disorder, PTSD). Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, WHO 2015) sind typische Merkmale dieses Symptomkomplexes das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), sich wiederholenden Träumen oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen (Kriterium B). Dies tritt häufig vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von betäubt sein und emotionaler Stumpfheit auf, sowie einer Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen (Kriterium C). Die Betroffenen können oft wichtige Aspekte der Belastung nur teilweise oder gar nicht erinnern (Kriterium D, 1). Oder sie leiden an einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, die sich in zwei oder mehr der folgenden Symptome äußert (Kriterium D, 2): Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz oder erhöhte Schreckhaftigkeit. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann, meist innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode.

Im diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM 5) der American Psychiatric Association (2015) werden die im ICD-10 beschriebenen Symptome des Kriteriums D ergänzt und spezifiziert. Unterschieden werden nun als eigenständige Kriterien, negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen (Kriterium D) und deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen (Kriterium E). Folgende wurden ergänzt: anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen (Kriterium D 2); anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt (Kriterium D 3); andauernder negativer emotionaler Zustand (Kriterium D 5); und riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten (Kriterium E 2). Zusätzlich unterscheidet das DSM 5 nach dem Vorhandensein dissoziativer Symptome und einem verzögerten Beginn (≥ 6 Monate).

Darüber hinaus werden Unterschiede in der Symptomatik von Kindern gegenüber der von Erwachsenen beschrieben. Hierzu gehören: Spiele, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des erlebten Traumas ausgedrückt werden, das Nachstellen von Aspekten des Traumas im Spiel, stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt, eingeschränktes Spiel und soziales Rückzugsverhalten des Kindes.

Die Symptome der PTSD variieren mit dem Geschlecht, Alter und Entwicklungsstatus des Kindes, der Natur des Traumas, dem Ausmaß des Erlebens und der Bedeutung des Traumas für das Kind, vorausgehenden traumatischen Erlebnissen und vorhergehenden Lebensumständen des Kindes, initialer Reaktion auf das Trauma und dem familiären Einfluss (Macksoud et al. 1993, Pfefferbaum 1997).

1.1.4.3 Der Umgang mit Trauma in Familien

Traumatische Erfahrungen stellen auch für die Familie als komplexes interagierendes Beziehungsgefüge eine große Belastungsprobe dar. Eltern können unter Selbstvorwürfen leiden, wenn sie nicht mehr in der Lage sind ihre Kinder vor Gewalt und Unmenschlichkeit zu schützen. Traumatische Erfahrungen können Familienbande festigen, sie aber auch ungleich komplizieren. Ein starker familiärer Zusammenhalt, z. B. durch das Leben mehrerer Generationen unter einem Dach, kann Sicherheit in Krisensituationen bringen, da das einzelne Individuum Unterstützung durch die Gemeinschaft erfährt, z. B. Hilfe bei der Kindererziehung oder gemeinsame Trauerarbeit bei Todesfällen (Adam 1993). Andererseits neigen traumatisierte Familien häufig dazu, über das Familientrauma zu schweigen, wodurch eine „conspiracy of silence“ (Punamäki 2000) entsteht. Eltern versuchen damit ihre

Kinder vor erschreckenden Szenen zu schützen. Die Kinder spüren die Bedeutung der unausgesprochenen Familiengeschichte und entwickeln im schlimmsten Fall ihre eigene Fantasie darüber. Ein Verschweigen des Traumas kann zu Misstrauen innerhalb und außerhalb der Familie führen. Kinder können transgenerationale Symptome in Form von Störungen der Fantasie und der Spielfähigkeit, der Realitätsbeurteilung, sowie Störungen des lebensgeschichtlichen Erinnerns entwickeln. Kinder sind besonders vulnerabel, wenn ihre Mütter passive, zurückziehende Verarbeitungs-Strategien (Coping-Strategien) nutzen. Häufig kommt es in traumatisierten Familien zur Parentifizierung, wobei die Kinder die fürsorgende und unterstützende Rolle der Eltern übernehmen und sich um diese sorgen. Andersherum versuchen Eltern ihren Kindern kompensierende Erfahrungen zu verschaffen. Dies kann zu überprotektivem elterlichen Verhalten führen und damit die kindliche Passivität oder übermäßig bestimmendes Verhalten des Kindes provozieren, welches wiederum die kindliche Entwicklung einschränkt (Punamäki, 2000). Die Ressourcen des Kindes zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen müssen immer vor dem Hintergrund ihrer individuellen Entwicklung gesehen werden (vgl. Kapitel 1.1.4.1 Trauma in verschiedenen Entwicklungsstufen). Bei Flüchtlingskindern sind psychopathologische Symptome häufig missglückte und langfristige entwicklungshemmende Mechanismen, die von der kulturellen Herkunft und vom Kulturwechsel geprägt, während der Zeit der Flucht und Verfolgung durchaus funktional waren. Es können komplizierte Situationen entstehen, wenn behördlicher Druck Einfluss nimmt und dem Kind bekannt ist, dass nur dann Aufenthaltsgenehmigungsverlängerungen bewilligt werden, wenn die psychischen Symptome fortbestehen. Dies kann zu einer Chronifizierung der Symptome führen (Adam und Walter 2003).

1.1.4.4 Definition des psychischen Traumas dieser Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird das Traumakonzept von Fischer und Riedesser (1998) verwendet, wonach eine traumatische Situation mit einem Diskrepanzerleben zwischen äußerer Bedrohung und zur Verfügung stehenden inneren Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes einhergeht und bei ihm Gefühle von Schutz- und Hilflosigkeit auslöst, die eine dauerhafte Erschütterung seines Selbst- und Weltverständnisses bewirken (Fischer und Riedesser 1998:116). Das Konzept beruht auf einem dynamischen Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung. Es beinhaltet die traumatische Situation, welche ihre Bedeutung erst vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte gewinnt und durch ihre zeitliche Dimension, die Quelle der Verursachung, die Art der Betroffenheit (direkt oder indirekt) und spezielle traumatogene Situationsfaktoren (wie z. B. Lebensbedrohung) weiter differenziert werden kann. Die traumatische Reaktion schließt die individuellen Abwehr- und Bewältigungsversuche der traumatisierten Person ein, während der traumatische Prozess ihre Bewältigungsversuche über die Lebensspanne beinhaltet (Fischer und Riedesser 1998).

1.1.5 Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit

Die Forschung von Risiko- und Schutzfaktoren gründet sich auf die Beobachtung verschiedener Langzeitstudien die zeigten, dass Kinder sich trotz traumatischer Erlebnisse oder widriger Umstände in der Kindheit zu gesunden und produktiven Erwachsenen entwickelten (Werner 1985 und 1989, Kubicka et al. 1998, zitiert nach Matějček 2003, Rutter 1985 und 1988, Laucht 2003). Dies deutete darauf hin, dass diese belastbareren (resilienteren) Kinder über bestimmte protektive Faktoren verfügten, auf die sie in ihrer Entwicklung zurückgreifen konnten und welche sie vor den Auswirkungen der belastenden Lebensumstände schützten. Die Risikofaktorforschung bemüht sich darum belastende Lebensumstände (**Risikofaktoren**) und ihre Langzeitauswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Entwicklungsstörung erhöhen. Die gewonnenen Erkenntnisse können für die Planung von Präventionsprogrammen genutzt werden. **Schutzfaktoren** wiederum schwächen die Auswirkungen von Risikofaktoren oder risikobehafteten Situationen interaktiv ab und reduzieren somit auch das Risiko von Erkrankungen und stärken die psychische Widerstandskraft oder **Resilienz** von Kindern (Egle et al. 1997, Dornes 1997). Resilienz ist also die Fähigkeit, trotz widriger Umstände Schutzfaktoren zu realisieren, die auch sonst mit seelischer Gesundheit einhergehen (Lösel et al. 1992, zitiert nach Egle et al. 1997) und sich trotz vermehrter Belastungen frei von psychiatrischen Störungen zu entwickeln (Tiet et al. 1998) bzw. sich relativ eigenständig von einem Störungszustand zu erholen (Rutter 1987).

In Längs- und Querschnittstudien wurden bis heute mehrere Risikofaktoren identifiziert und gesichert, die zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen können, die Egle et al. (1997) in ihrem Review zum Stand der Forschung von psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend wie folgt zusammenfassten:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Geringe Schulbildung der Eltern
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
- Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
- Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter oder des Vaters

- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind < 18 Monate
- Uneheliche Geburt
- Hoher Gesamtrisikoscore
- „Jungen vulnerabler als Mädchen“ (Egle et al. 1997, S. 693)

Das Vorliegen eines einzigen Risikofaktors erhöht noch nicht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Entwicklungsstörungen, kann aber die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Problemen in anderen Bereichen in der späteren Entwicklung erhöhen. Negative Effekte addieren sich und Risiken können sich wechselseitig verstärken und so als Multiplikator zu hohen Komorbiditätsraten bei Risikokindern führen. Eine Reduktion von Risikofaktoren geht dabei nicht automatisch mit einem Anstieg von Schutzfaktoren einher. So gilt ein niedriger SES beispielsweise als Risikofaktor, jedoch ist ein hoher SES nicht unbedingt ein Schutzfaktor oder führt eine Reduktion strafenden elterlichen Verhaltens nicht unbedingt zu einem Anstieg an Wärme innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung (Durlak 1998, Laucht 2003). Erfahrungen eines Kindes können auf allen Altersstufen Auswirkungen haben und frühkindliche Belastungen oder Störungen können durch spätere positive Erfahrungen ausgeglichen bzw. korrigiert werden. Das Kind selbst beeinflusst durch individuelle Charakteristiken seine Umwelt und potentielle Stressoren, so sind beispielsweise vom Temperament her „einfache“ und sozial responsive Kinder eher in der Lage, Familienstreitigkeiten aus dem Weg zu gehen. Schulen können als soziale Institution einen positiven entwicklungsfördernden Effekt haben, der z. B. ein ungünstiges Familienklima ausgleichen kann (Egle et al. 1997). Nach Ergebnissen verschiedener Längs- und Querschnittstudien fassen Egle et al. (1997) Persönlichkeitsmerkmale sowie äußere Faktoren der Resilienz zusammen, die heute als gesicherte protektive Faktoren gelten:

- „Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson“
- Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter
- Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz

- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Sicheres Bindungsverhalten
- Soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
- Verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter
- Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“
- Geringere Risikogesamtbelastung
- „Mädchen weniger vulnerabel als Jungen“ (Egle et al. 1997, S. 693).

Schutzfaktoren können nach Rutter (1987) auf unterschiedliche Art und Weise wirksam werden: (a) durch Abschwächung des Risikos oder Veränderung des Risikos selbst oder des Ausmaßes, in dem sich das betroffene Kind diesem ausgesetzt erlebt; (b) durch die Reduzierung negativer Folgereaktionen und Unterbrechung negativer Kettenreaktionen; (c) durch Aufbau und Aufrechterhaltung von Selbstachtung und Selbstzufriedenheit; (d) durch Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen, z. B. durch Schule und Erziehung und damit die Eröffnung neuer Lebenschancen (zitiert nach Egle et al. 1997, S. 684).

Grundsätzlich gelten für Kinder, die durch Krieg traumatisiert wurden die gleichen Risiko- und Schutzfaktoren, wie sie zuvor ausgeführt wurden. Fähigkeiten, traumatisierende Situationen unbeschadet zu überstehen, sehen Garbarino et al. (1992) in der Nutzung eines adaptiven Coping-Stils sowie der Fähigkeit, eine innere Fantasiewelt zu errichten. Punamäki (2000) sieht in der Fähigkeit des Kindes, quälende und schmerzhaft Erinnerungen so lange zurückzustellen, bis es über einen ausreichend sicheren Rahmen verfügt, um diesen Gefühlen Raum zu geben, einen weiteren wichtiger Faktor für Resilienz traumatisierter Kinder.

1.1.6 SES und Psychische Gesundheit

Im Folgenden wird zunächst der Stand der Forschung zu SES und psychischer Gesundheit anhand relevanter empirischer Studien bei Kindern dargestellt. Im Anschluss wird erläutert, wie sich ein niedriger SES auf die (psychische) Gesundheit von Kindern überträgt, auf Besonderheiten in der Beziehung von niedrigem SES und Gesundheit in Minderheitengruppen eingegangen und empirische Erklärungsmodelle zur Beziehung von SES und psychischer Gesundheit dargestellt. Eine tabellarische Übersicht zu den zitierten Studien findet sich im Anhang 7.7 in Tabelle 24.

Der Zusammenhang von niedrigem SES und erhöhter Morbidität und Mortalität ist vielfach untersucht und belegt worden (z. B. Abholz 1976, Oppolzer 1986, Oppolzer 1994, Kaplan und Salonen 1990, Peck 1994, Malaty und Graham 1994, Lynch et al. 1994, Glicksmann et

al. 1995, Pamuk et al. 1998, Adler und Ostrove 1999, Lampert et al. 2013). Spätestens seit der Studie von Faris und Dunham (1939) ist bekannt, dass ein inverser Zusammenhang des sozialen Status neben der physischen Gesundheit auch für die psychische Gesundheit besteht. Sie untersuchten den Zusammenhang von Wohnumfeld und psychischer Krankheit und fanden heraus, dass in den unteren Sozialschichten nicht nur der Anteil psychisch Kranker größer als in der Oberschicht ist, sondern dass außerdem insbesondere schwere psychische Störungen (Psychosen, z. B. Schizophrenie) in der Unterschicht häufiger das Krankheitsbild der Betroffenen bestimmten, während in der Oberschicht verhältnismäßig leichtere Störungen (Neurosen) vorherrschten (vgl. Oppolzer 1986). Seither konnte ein inverser Zusammenhang von SES und psychischer Gesundheit in verschiedensten Studien mit ganz unterschiedlichen Designs vielfach bestätigt werden (Weber 1994, Lewis et al. 1998, Franz und Kuns 2000, Miech et al. 1999). Selbst in industrialisierten Ländern wie Deutschland mit einem gut funktionierenden Krankenversicherungssystem sind Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken nach wie vor sehr ungleich verteilt (Lampert et al. 2013).

Dies gilt auch für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eine Vielzahl von Studien wies einen inversen Zusammenhang von SES und psychischer Gesundheit bei Kindern nach (z. B. Costello et al. 1996, Thiede Call und Nonnemaker 1999, Leventhal und Brooks-Gunn 2000, Samaan 2000, Ravens-Sieberer et al. 2007). Costello et al. (1996) untersuchten im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie (Great Smoky Mountains Study of Youth) 1015 Kinder im Alter von 9 bis 13 Jahren mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft sowie eine Gruppe Kinder mit indianischer Herkunft des selben Alters (N = 323) über vier Jahre bzgl. psychiatrischer Symptome (Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA). Kinder der ärmsten Familien hatten ein allgemein höheres Risiko für die Entwicklung einer psychiatrischen Störung (33,4 % \pm 3,9 % vs. 15,9 % \pm 1,7 %; OR 3,2; 95 % CI, 2,4-4,4; $p < 0,001$) sowie ein dreifach höheres Komorbiditätsrisiko für emotionale und Verhaltensstörungen als Kinder reicherer Familien (6,5 % vs. 2 %, OR 3,3; $p < 0,001$). Ein nur geringfügig höheres Familieneinkommen (bis zum zweifachen der Armutsgrenze der USA) führte bereits zu einem Absinken der Rate psychiatrischer Störungen auf den Durchschnittswert der übrigen Kinder. Ravens-Sieberer et al. (2007) untersuchten mit der BELLA-Studie (Basiserhebung) im Rahmen des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) eine Unterstichprobe von 2863 Kindern und Jugendlichen im Alter von sieben bis 17 Jahren vertiefend zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten. Sie wiesen einen inversen Zusammenhang zwischen SES und psychischen Störungen bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen nach. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychischer Störungen lag bei den Kindern und Jugendlichen in der Gruppe mit niedrigem SES deutlich höher (13,2 %), als bei den Kindern der Gruppen mit mittlerem und hohem SES (8,6 % und

8,9 %). Die Prävalenzen der Störungen (ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Angststörungen) nahmen in jeder nächst höheren SES-Gruppe ab. McLeod und Shanahan belegten in ihrer Longitudinalstudie mit 1733 Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis acht Jahren, dass bereits eine einzige Armutsperiode in der Entwicklung der Kinder das Risiko des Auftretens psychischer Probleme, wie Depression und dissoziale Verhaltensweisen erhöhte (McLeod und Shanahan 1993). Vostanis et al. (1997) untersuchten obdachlose Familien (N = 113) und ihre Kinder (N = 249, 2-16 Jahre). Die Kinder der obdachlosen Familien litten signifikant häufiger unter chronischen und psychischen Krankheiten und zeigten häufiger Entwicklungsverzögerungen als Kinder mit festem Wohnsitz. Thiede Call und Nonnemaker (1999) fanden in ihrer Untersuchung mit US-amerikanischen Schülern der siebten bis zwölften Klasse (N = 3573) einen starken und persistierenden Einfluss des elterlichen SES und seiner Komponenten auf depressive Affekte der Jugendlichen, selbst unter Berücksichtigung von Selbstbewusstsein, Stressoren, sozialer Unterstützung und Zugang zu medizinischer Versorgung. Samaan (2000) bestätigte in seinem Review über den Einfluss von Rasse, Ethnie und Armut auf die psychische Gesundheit von Kindern ein gehäuftes Auftreten von Depressionen, Angststörungen und dissozialen Verhaltensweisen bei Kindern, deren Eltern in Armut lebten oder hohe ökonomische Verluste erlebt hatten. Leventhal und Brooks-Gunn (2000) untersuchten in ihrem Review den Einfluss des SES von Nachbarschaften und Gemeinden auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Sie belegten einen Zusammenhang von niedrigem Nachbarschafts-SES und jugendlicher Depression.

Es gibt Hinweise, dass die einzelnen Störungsbilder ungleich zwischen den verschiedenen SES-Gruppen, Altersgruppen und Geschlechtern verteilt sind und einen unterschiedlichen Verlauf über die Zeit in Abhängigkeit vom SES zeigen. So zeigten in der Untersuchung von McLeod und Shanahan (1996) arme Kinder (N = 603, 4-9 Jahre) höhere Raten dissozialer Verhaltensweisen und Depressionen. Während das Ausmaß dissozialer Verhaltensweisen bei zunehmender Armut über die Zeit weiter anstieg, persistierten jedoch depressive Symptome auf einem gleichbleibend hohen Niveau, unabhängig von zwischenzeitlichen Armutserlebnissen (McLeod und Shanahan 1996). Wadsworth und Achenbach fanden in ihrer Longitudinaluntersuchung mit 1075 Kinder im Alter von acht bis siebzehn Jahren einen inversen Zusammenhang des SES mit einer Vielzahl psychopathologischer Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter (Rückzug, somatische Beschwerden, Denk- und Aufmerksamkeitsstörungen, delinquente und aggressive Verhaltensweisen), nicht jedoch mit ängstlich-depressiven Verhaltensweisen. Diese zeigten erst im Erwachsenenalter einen Zusammenhang mit dem SES (Wadsworth und Achenbach 2005). Auch in der Longitudinalstudie von Miech et al. (1999) mit 939 Jugendlichen Neuseeländern im Alter von 15 bis 21 Jahren korrelierten Angst, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens signifikant negativ mit dem

SES und nahmen bis zum Alter von 21 Jahren weiter zu, während Depressionen zu keinem Zeitpunkt einen Zusammenhang mit dem SES zeigten. Leventhal und Brooks-Gunn (2000) fanden, dass Kinder und Jugendliche aus Gegenden mit höherem Nachbarschafts-SES eher internalisierende Probleme zeigten, während Kinder und Jugendliche in Gegenden mit niedrigem Nachbarschafts-SES vermehrt externalisierende Probleme zeigten. Bei kleineren Kindern äußerten sich externalisierende Störungen in Verhaltensproblemen und bei größeren Kindern in Aggression und Gewalt, Drogenmissbrauch und Delinquenz (Leventhal und Brooks-Gunn 2000). Ein niedriger SES führte bei Jungen zu mehr negativen Auswirkungen als bei Mädchen. Mädchen reagierten in der Regel mit internalisierenden Störungen (Depression, Ängstlichkeit), während Jungen außerdem mehr externalisierende Störungen wie Delinquenz, Drogenmissbrauch und Anpassungsstörungen zeigten.

Kinder sind aufgrund ihrer noch nicht abgeschlossenen Entwicklung vulnerabler für die Auswirkungen eines niedrigen SES (National Advisory Mental Health Council 1996). Die Inzidenz, Dauer und Chronizität von Kindheitsarmut hat große negative Auswirkungen auf den IQ von Kindern, ihren Bildungserfolg und ihre spätere Produktivität im Erwachsenenalter (gemessen durch Gehaltsraten und Arbeitsstunden) bzw. die Abhängigkeit von Sozialleistungen, wie verschiedene Untersuchungen belegen (Hill und Sandfort 1995, Korenman et al. 1995, Leventhal und Brooks-Gunn 2000).

Neben der Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen beeinflusst der SES auch den Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe. Kinder aus hohen SES-Haushalten werden nach psychiatrischen Untersuchungen sehr viel häufiger für Psychotherapien empfohlen und Kinder aus niedrigen SES-Familien werden nach Empfehlung sehr viel seltener behandelt (Cohen und Kasen 1999). In der Studie von Wadsworth und Achenbach (2005) zeigte die niedrigste SES-Gruppe zwar die höchste Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen, jedoch keine vermehrte Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe. Cohen und Kasen (1999) sehen einen möglichen Grund für das schlechte Abschneiden von Kindern mit niedrigem SES in psychologischen Testungen, in der Art der Testungen. Kinder mit niedrigem SES zeigen häufig eine sehr viel schlechtere Ausdrucksfähigkeit, was zu schlechteren Ergebnissen bei projektiven und Intelligenztests führen kann, welche stark auf Sprache und Ausdruck ausgerichtet sind. Außerdem scheint ein niedriger SES des Kindes Vorurteile beim Untersucher hervorzurufen, die offenbar sehr viel stärker sind, als beispielsweise der Einfluss von Rasse und ethnischer Zugehörigkeit. Im Gegenzug kann wiederum die von den Kindern wahrgenommene SES-Differenz zwischen sich und ihrem Untersucher oder Therapeuten das Untersuchungsergebnis oder den therapeutischen Prozess beeinflussen (Cohen und Kasen 1999).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Kinder aus Familien mit niedrigem SES nicht nur ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen haben, sondern auch seltener psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe erhalten. Sie sind darüber hinaus häufiger weiteren Risikofaktoren ausgesetzt, wie beispielsweise chronischen und psychiatrischen Erkrankungen ihrer Eltern, die ihrerseits ebenfalls seltener professionelle Hilfe in Anspruch nehmen als Personen mit hohem SES (vgl. Sutton und Kessler 1986). Gerade das Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren wirkt sich wechselseitig verstärkend negativ auf die psychische Gesundheit von Kindern aus (vgl. Durlak 1998, Laucht 2003, Kapitel 1.1.5 Risiko und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit).

1.1.6.1 Mediatoren von niedrigem SES auf die psychische Gesundheit von Kindern

Sozioökonomischer Stress bzw. das Leben unter niedrigen SES-Bedingungen erreicht Kinder und Jugendliche auf verschiedenen Ebenen auch in Abhängigkeit von ihrem Alter. Am besten untersucht sind bisher der Einfluss der Peer-Gruppen, der sozialen Umgebung und Nachbarschaft sowie die Funktion der Eltern als Mediatoren sozioökonomischen Stresses.

Nachbarschaften beeinflussen Kinder und Jugendliche auf verschiedenen Ebenen. Dabei sind die zur Verfügung stehenden *institutionellen Ressourcen* und die soziale Organisation der Gemeinde entscheidend. Institutionelle Ressourcen (Vorhandensein, Zugang, Leistbarkeit und Qualität) können z. B. durch das Vorhandensein von Büchereien und Kulturzentren das Lernverhalten von Kindern stimulieren. *Soziale Ressourcen* wie Parks und Gemeindezentren schaffen Erholungsmöglichkeiten. Die medizinische Versorgung eines Wohngebietes garantiert eine gesunde Entwicklung. Arbeitsplätze innerhalb der Gemeinde dienen Kindern und Jugendlichen als Orientierung für eigene Möglichkeiten und ersparen Eltern viel Zeit, die ihnen für außerberufliche Tätigkeiten zur Verfügung steht.

Das Zusammenwirken struktureller Nachbarschaftsfaktoren und sozialer Organisation der Gemeinde beschreibt den Prozess der *kollektiven Sozialisierung* (Leventhal und Brooks-Gunn 2000). Die soziale Organisation der Gemeinde und die in ihr vertretenen Ansichten vermitteln Kindern und Jugendlichen erwachsene Rollenmodelle sowie Struktur und Routine. Dies hilft ihnen beim Erlernen sozialer Werte und Normen und der Entwicklung eigener Zukunftsperspektiven. Je nach sozialer Gemeindeorganisation werden jugendliche Aktivitäten zur Vermeidung von schädlichem und dissozialem Peergruppenverhalten überwacht oder auch nicht. Das gleiche gilt für physische Risiken in Form von Gewalt, Schikane und Drogenkonsum unter Jugendlichen. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen strukturellen Nachbarschaftsfaktoren (z. B. konzentrierte Armut und Anwohnerinstabilität) und Gewaltraten in Gemeinden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass informale soziale Kontrolle

jugendliches Problemverhalten und Jugendkriminalität vermindern kann (Leventhal und Brooks-Gunn 2000).

In armen Nachbarschaften mit fehlenden strukturellen Ressourcen sind **Peers** die primären Mediatoren negativer Gemeindesozialisation. Sie regulieren das Peerverhalten intern, häufig in Form aggressiver Verhaltensweisen (Leventhal und Brooks-Gunn 2000). In Situationen ökonomischer Härte können Kinder einen Verlust ihres Standes in der Peergruppe erleben, da die Peergruppe soziale Unterschiede und soziale Ungeschicklichkeit registriert. Sie kann dadurch das unsichere Selbstbewusstsein eines Kindes weiter untergraben und die Probleme negativ verstärken und somit zu ihrer Chronifizierung beitragen (Grunebaum und Solomon 1982, zitiert nach Webb und Friedemann 1991). Webb und Friedemann (1991) untersuchten die Langzeitbeziehung von ökonomischem Stress, Ängstlichkeit und Peer-Verhalten bei Kindern im Rahmen einer Follow-Up-Studie nach einer ökonomischen Krise in den USA. Die Kinder (N=36) besuchten zum Zeitpunkt der ökonomischen Krise (1983) den Kindergarten und waren beim letzten Untersuchungszeitpunkt (1989) 12 Jahre alt. Ökonomischer Stress zum Zeitpunkt T₁ war in der Mädchengruppe eine moderate Voraussagevariable für state anxiety, trait-anxiety und die Zurückweisung durch Peers zum Zeitpunkt T₂. Jungen ökonomisch belasteter Familien zeigten keine Zunahme von Angstsymptomen und berichteten weniger Ablehnung durch Peers, als Jungen aus weniger belasteten Familien. Webb und Friedemann sahen den Grund der unterschiedlichen Ergebnisse für Mädchen und Jungen in den unterschiedlichen Reaktionsweisen ihrer Eltern auf ökonomischen Stress und die Identifizierung der Kinder mit dem jeweiligen Rollenvorbild. Während ökonomischer Stress bei Müttern zu einer Beeinträchtigung interpersoneller Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie führte, orientierten sich Väter in Zeiten ökonomischen Stresses eher nach außen. Da es sich hier um eine relativ kleine Stichprobe mit hohem Bildungsstand und relativ stabilen Partnerschaften handelte, gingen die Autoren davon aus, dass sich in weniger gebildeten und weniger stabilen Familien noch deutlich stärkere Effekte gezeigt hätten (Webb und Friedemann 1991).

Eltern sind die primären Bezugspersonen ihrer Kinder und prägen ihr soziales Umfeld. Das Ausmaß, in dem ökonomischer Stress oder sozioökonomische Gesundheitsgefahren Kinder beeinflussen, hängt von sozialen und persönlichen Charakteristiken der Eltern sowie den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die effektive elterliche Fürsorge in ökonomisch stressvoller Umgebung leidet (Harnish et al. 1995, National Advisory Mental Health Council 1996, Leventhal und Brooks-Gunn 2000). Ökonomische Verluste und akute Arbeitslosigkeit können traumatisch erlebt werden und unterschiedliche Reaktionen bei den einzelnen Familienmitgliedern auslösen. Plötzlich einschneidende Veränderungen können Familien daran hindern ihren täglichen Aktivitäten nachzugehen. Sie müssen ihre Ressourcen und

Beziehungen umstrukturieren, was zu Veränderungen im versorgenden Verhalten der Eltern und der Kinderbetreuung führt und die Familienstabilität gefährden kann (Elder und Caspi 1988, zitiert nach Webb und Friedemann 1991, Lempers und Clark-Lempers 1990). Eltern bemühen sich beispielsweise länger zu arbeiten, um das Einkommen zu steigern. Dies reduziert ihre Zeit, Energie und Aufmerksamkeit für sich und ihre Kinder (National Advisory Mental Health Council 1996). Ein adäquates Eingehen auf die Kinder, welches diese vor den Auswirkungen des sozialen Stresses schützen würde, gelingt unter dem erhöhten Stresslevel häufig nicht. Dies kann problematische Situationen von Kindern und Jugendlichen verschärfen (Samaan 2000) und sich in Form kurzfristiger Einschränkungen, aber auch in sozialen und psychischen Langzeitproblemen äußern (Webb und Friedemann 1991). Unabhängig von ökonomischen Verlusten belastet das Leben unter niedrigen sozio-ökonomischen Bedingungen Eltern z. B. durch ungünstige Arbeitsbedingungen. Verschiedene Studien belegten, dass Eltern in Beschäftigungen mit komplexen Arbeitsabläufen und Möglichkeiten zur Selbstbestimmung (meist höhere SES-Beschäftigungen) größeren Wert auf Unabhängigkeit legen, weniger besorgt um Konformität sind und über mehr Wärme und Einbezogenheit und weniger körperliche Bestrafung ihrer Kinder berichten, als jene in wenig komplexen, routinierten und stark überwachten Beschäftigungen (meist niedrige SES-Beschäftigungen) (National Advisory Mental Health Council 1996). Insbesondere Mütter zeigen in ärmeren Nachbarschaften weniger warmes Verhalten und Herzlichkeit im Umgang mit ihren Kindern und einen kontrollierenderen Erziehungsstil. Dies kann als adaptives Verhalten interpretiert werden, welches die Kinder lehren soll, sich vor potentiellen Gefahren in der Nachbarschaft zu schützen (Leventhal und Brooks-Gunn 2000). Andererseits ähneln Mütter in ökonomisch stressvollen Situationen in ihrem Verhalten oft dem von depressiven Müttern. Sie zeigen mehr Rückzugsverhalten und interagieren mit ihren Kindern oft inkonsequent und wenig berechenbar (z. B. mit unerwartet harten Strafen oder unterschiedlichen Reaktionen auf dieselben Verhaltensweisen) (Webb und Friedmann 1991, Conger et al. 1992). In der Untersuchung von Harnish et al. (1995) zeigten Mütter und Kinder aus Familien mit niedrigerem SES schlechtere Interaktionsstile, als Mütter und Kinder mit höherem SES. Kinder mit niedrigerem SES zeigten zudem mehr externalisierende Verhaltensprobleme. Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktionen fungierte dabei zum Teil als Mediator zwischen niedrigem SES und externalisierenden Verhaltensstörungen der Kinder. Conger et al. (1992) belegten in ihrer Untersuchung, dass familiäre finanzielle Not über Veränderungen der elterlichen psychischen Verfassung (Depression, Demoralisation und Instabilität in der Ehe) und ihres Erziehungsverhaltens auf die Anpassung von Jugendlichen (N=205 Jungen, 12-14 Jahre) wirkte. Entscheidend für die Anpassung der Jugendlichen war das fürsorgliche einbeziehende Erziehungsverhalten der Eltern. Dabei hatte das müt-

terliche und das väterliche Erziehungsverhalten in etwa den gleichen Effekt auf die Anpassung der Jungen. Während jedoch das Erziehungsverhalten der Mütter vor allem durch ihre depressive Stimmung beeinflusst wurde, war es bei den Vätern nur mit ehelichen Problemen verbunden. Diese korrelierten wiederum positiv mit der depressiven Stimmung der Mütter. Eine mögliche Erklärung für diese Zusammenhänge sahen die Autoren darin, dass die Mütter überwiegend für die emotionale Arbeit in der Familie zuständig sind und ihr Rückzug davon im Rahmen depressiver Reaktionen Stress bei den Vätern erzeugt, was wiederum zu ehelichen Konflikten führen kann (Conger et al. 1992). In der Untersuchung von Lempers und Clark-Lempers (1990) über die Effekte familiären ökonomischen Stresses auf die elterliche Unterstützung und Anpassungsstörungen von Jugendlichen (N = 629, 9.-12. Klasse) führte ökonomischer Stress bei Vätern zu verminderter Unterstützung für Mädchen, jedoch nicht für Jungen. Erstaunlicher Weise zeigten Mütter keine stressinduzierten Verhaltensänderungen. Ökonomischer Stress führte bei Mädchen und Jungen zu Depression und Einsamkeit, sowie bei Jungen zu Delinquenz und Drogenmissbrauch mit zunehmendem Alter. Elterliche Unterstützung konnte Einsamkeit, Depression, Delinquenz und Drogenmissbrauch der Jugendlichen mildern, wobei für Mädchen jedoch nur die väterliche Unterstützung einen Effekt hatte. Dies führten die Autoren auf die stärkere Außenorientierung der Jungen zurück, während sich Mädchen mehr zu Hause aufhielten und damit auch stärker väterlichen Erziehungsmaßnahmen ausgesetzt waren. Insgesamt konnte die Untersuchung die Funktion der Eltern als Moderatorvariable zwischen ökonomischem Stress und psychischer Befindlichkeit der Jugendlichen nicht ausreichend belegen. Flinn und England (1997) belegten in ihrer Longitudinalstudie hingegen, dass die Qualität der Familienbeziehungen die wichtigste Verbindung zwischen sozioökonomischen Bedingungen und kindlicher Gesundheit darstellte, die über familiären Stress immunsuppressiv schädigend auf die Gesundheit der Kinder (N = 264, 2 Monate-18 Jahre) wirkte. Die direkt messbaren sozioökonomischen Faktoren, wie Haushaltseinkommen, Landbesitz, elterliche Bildung oder materielle Vorteile eines hohen sozioökonomischen Status, wie gute Wohnsituation, Nahrung, Arbeitsbedingungen oder private Krankenversicherung hatten keinen Einfluss auf die Gesundheit der untersuchten Kinder.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sozioökonomischer Stress Kinder und Jugendliche auf verschiedenen Ebenen erreicht, die ineinandergreifen. In erster Linie wird er durch elterliches Fürsorgeverhalten auf die Kinder übertragen. Dieses leidet sowohl bei akutem, als auch bei chronischem sozioökonomischem Stress. Hierfür sind vor allem schlechte Arbeitsbedingungen, als auch mangelnde institutionelle Ressourcen und Erholungsmöglichkeiten verantwortlich. Eine gute soziale Organisation kann sowohl Eltern als auch ihre Kinder in armen Nachbarschaften entlasten. Mädchen und Jungen scheinen un-

terschiedlich auf soziökonomischen Stress zu reagieren, was unter anderem mit der Orientierung an Rollenvorbildern ihrer Eltern zusammenhängt, die ihrerseits wiederum in Abhängigkeit des eigenen Rollenverständnisses unterschiedlich auf sozioökonomischen Stress reagieren. Erlebte Ausgrenzung in der Peergruppe durch sozioökonomischen Stress kann Anpassungsschwierigkeiten verschärfen.

1.1.6.2 Einfluss des SES auf Minderheitengruppen

Die Beurteilungen sozialer Schichten bzw. sozioökonomischer Parameter unterscheidet sich zwischen verschiedenen Kulturen z. T. erheblich (vgl. Liberatos et al. 1988, Berkman und Macintyre 1997), so dass häufig verschiedene Hierarchiemuster in einer Gesellschaft nebeneinander koexistieren. Dabei scheint jede Minderheitengruppe anders mit dem sozioökonomischen System der Mehrheitsbevölkerung zu interagieren. Die verschiedenen kulturell beeinflussten Lebensstile können durch traditionelle Messungen des SES nicht erfasst und somit auch nicht ausreichend erklärt werden (Liberatos et al. 1988). Samaan (2000) untersuchte in seinem Review den Einfluss von Rasse, Ethnie und Armut auf die psychische Gesundheit von Kindern. Er fand Belege dafür, dass Kinder, deren Eltern in Armut lebten oder hohe ökonomische Verluste erlebt hatten, häufiger unter Depressionen und Angststörungen litten und häufiger dissoziale Verhaltensweisen zeigten. Jedoch hatten die untersuchten Minderheitengruppen (Afroamerikaner, Nativamerikaner, Latinos) nach Kontrolle für den sozioökonomischen Status weniger psychische Probleme als weiße amerikanische Kinder und Jugendliche. Entsprechend beeinflusste beispielsweise in der Great Smoky Mountains Study of Youth erhöhte Armut das Risiko für Verhaltensstörungen bei indianischen Kindern nicht (Costello et al. 1996). Samaan ging davon aus, dass hier protektive kulturelle Faktoren, wie soziale Unterstützung, tiefe Religiosität bzw. Spiritualität, große Familien und mütterliche Coping-Strategien wirksam sind. Entscheidend ist dabei nicht unbedingt ein Unterschied in der Religiosität der Jugendlichen, sondern vielmehr ihre Wahrnehmung von Angeboten religiöser Vereinigungen, durch welche die Kinder und Jugendlichen soziale Unterstützung erhalten. Insgesamt scheint in vielen Situationen das soziale Netzwerk von Minderheitengruppen besser zu funktionieren, so dass Kinder sich trotz massiver Risikofaktoren zu gesunden und produktiven Erwachsenen entwickeln können (Samaan 2000). Freitag et al. (2000) untersuchten die Verteilung verschiedener Risikofaktoren psychischer Gesundheit zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen in Deutschland. Sie untersuchten dazu deutsche Abiturienten (N=224) unterschiedlicher ethnischer Herkunft an verschiedenen Schulen in Berlin Kreuzberg. Jugendliche türkischer Abstammung hatten einen wesentlich schlechteren SES bezogen auf die Wohnqualität und den Beschäftigungsstatus der Eltern und hatten am häufigsten Diskriminierung und Verfolgung erlebt, jedoch waren ihre Familien am stabilsten, sie hatten weniger Migration und soziale

Verpflanzung erlebt als deutsche Jugendliche und Jugendliche anderer ethnischer Gruppen und sie wiesen niedrigere Raten chronischer Erkrankungen auf. Wichtigster sozioökonomischer Faktor für Verhaltensauffälligkeiten der Jugendlichen war die Erwerbslosigkeit bzw. Frühberentung der Mutter.

1.1.6.3 Erklärungsmodelle der Beziehung von SES und psychischer Gesundheit

Für die Beziehung von SES und Gesundheit existieren verschiedenen Erklärungsansätze. Lange ging man von einem Grenzwertmodell aus, mit einer Armutsgrenze unterhalb derer steigende Einkommenslevel zu steigender Gesundheit führen und oberhalb derer steigendes Einkommen keinen signifikanten Beitrag zu besserer Gesundheit leistet. Heute herrscht in der empirischen Forschung die Vorstellung eines sozialen Gradienten vor, der durch alle sozialen Schichten verläuft. Die Gesundheit verbessert sich auf jeder nächst höheren Ebene. Der soziale Gradient wurde international und für verschiedene Gesundheitssysteme überprüft (vgl. Marmot et al. 1984, Adler und Ostrove 1999).

Der **erbgenetische Ansatz** geht davon aus, dass seelische Erkrankungen und niedrige Sozialschicht zwei sich nicht unmittelbar beeinflussende Folgen eines gemeinsamen Erbfaktors sind (Schepank 1987, zitiert nach Franz und Kuns 2000). Verschiedene Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien zeigten, dass genetische Faktoren einen Beitrag zu diesen Störungen leisten, aber nicht alleine verantwortlich sein können (Dohrenwend 1976, Merikangas 1990, Plomin 1989, Kendler et al. 1995).

In der SES-Forschungsliteratur werden vor allem zwei Ansätze im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen diskutiert, nämlich der Ansatz der sozialen Drift und der sozial kausale Ansatz. Der **Ansatz der sozialen Drift oder sozialen Selektion** geht davon aus, dass Krankheit zu weniger Bildung und Einkommen führt und es somit im Verlauf zu einer Abwärtsselektion kommt, da das schichtspezifische Leistungsniveau nicht aufrechterhalten werden kann. Die soziale Drift ist wahrscheinlicher bei Krankheiten mit einem frühen Beginn, die einen tiefgreifenderen Einfluss auf den Lebensweg haben, wie z. B. Schizophrenie. Durch transgenerationale Weitergabe psychischer Erkrankungen (siehe Studien zur erbgenetischen Hypothese) kann es zu kumulativen Effekten und einem Residuum von Menschen mit psychischen Störungen in niedrigen sozialen Schichten kommen (Dohrenwend et al. 1992). Ethnische Minderheitengruppen können niedrigere Prävalenzraten psychischer Störungen auf allen SES-Ebenen zeigen, da aufgrund ethnischer Diskriminierung ihre soziale Mobilität behindert ist und dementsprechend mehr gesunde Personen in niedrigen sozialen Schichten verbleiben (Miech et al. 1999, Dohrenwend 2000). Belege für die soziale Drift liefert u.a. die Longitudinalstudie von Franz und Kuns (2000), in der sie 600

Personen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über elf Jahre untersuchten und Angehörige der untersten sozialen Schicht zu allen Untersuchungszeitpunkten signifikant stärker psychogen beeinträchtigt waren, als Probanden der Mittel- oder Oberschicht. Ein sozialer Aufstieg war mit besserer psychischer Gesundheit zum vorausgehenden Messzeitpunkt verbunden im Vergleich zu denen, die konstant in ihrer Schicht blieben. Probanden, die einen sozialen Abstieg durchmachten waren bereits vor dem Abstieg stärker psychogen beeinträchtigt, als diejenigen, die konstant in ihrer Schicht blieben. Richter und Hurrelmann (2007) kommen in einem Überblick über den Stand der Forschung zu gesellschaftlichen Verhältnissen und Gesundheit zu dem Schluss, dass es aktuell lediglich einige Anhaltspunkte für derartige soziale Mobilitätsprozesse gibt, die Anzahl der hiervon betroffenen Personen insgesamt allerdings zu gering ist, um entscheidenden Einfluss auf die beobachteten Unterschiede in der Gesundheit auszuüben (Richter und Hurrelmann 2007, S. 6).

Die **sozial kausale Hypothese** (Hypothese der psychosozialen Begründung) geht davon aus, dass Personen mit niedrigerem SES aufgrund ihrer ungünstigeren Lebensbedingungen psychische Probleme entwickeln. Dabei wird heute nicht mehr nur davon ausgegangen, dass Belastungen im Arbeitsbereich und mangelnde strukturelle Ressourcen alleine hierfür verantwortlich sind, sondern es werden auf Grundlage empirischer Forschungsergebnisse weitere individuelle Risikofaktoren einbezogen, die bei niedrigem SES häufig bestehen. Hierzu gehören gesundheitsschädliche Verhaltensweisen z. B. in Form von Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, schlechter Ernährung, körperlicher Inaktivität, mangelnder Gesundheitsvorsorge und ungünstigen Einstellungen gegenüber Krankheit, genauso wie mangelnde psychische und soziale Copingressourcen (Kohn 1981, Kessler und Cleary 1980, Hoffmeister et al. 1992). Die Kumulation dieser belastenden Faktoren führt zu höheren Stressniveaus und einer chronischen Belastung der Copingkapazitäten, während Personen mit niedrigem SES gleichzeitig häufiger Ereignissen ausgesetzt sind, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen und ihre Coping- oder Reservekapazitäten überfordern. Das Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren führt dazu, dass Personen mit niedrigem SES häufig der Glaube an persönliche Kontrolle, Macht und Selbsteffizienz fehlt, welches entscheidende Faktoren psychischer Gesundheit sind (vgl. Ressourcenmodell von Gallo und Matthews 1999, Gallo und Matthews 2003, Dohrenwend 2000, Christie und Barling 2009). Es kann ein Teufelskreislauf entstehen, wenn psychische Störungen die Möglichkeiten höhere Bildung, eine erfolgreiche Beschäftigung oder sichere gut bezahlte Jobs zu erlangen negativ beeinflussen und so zu einem weiteren Abstieg innerhalb der SES-Hierarchie beitragen (Gallo und Matthews 1999).

Wadsworth und Achenbach (2005) untersuchten im Rahmen einer Longitudinalstudie zwei Aspekte der sozialkausalen Hypothese, nämlich die differentielle Inzidenz und die kumulative Prävalenz. Die Syndromscores der untersuchten Kinder und Jugendlichen (N=1075

Kinder und Jugendliche, 8-17 Jahre) stiegen in der niedrigsten SES-Gruppe für die meisten untersuchten Störungsbilder (sozialer Rückzug, Denkstörungen, Somatisierungsbeschwerden, Aufmerksamkeitsstörungen, delinquentes und aggressives Verhalten) am stärksten an. Dies lag nicht an schlechteren Erholungsraten und somit nachfolgender Akkumulation psychisch auffälliger Jugendlicher in der Gruppe mit dem niedrigsten SES, sondern vor allem an einer erhöhten Inzidenz in dieser Gruppe. Die Erholungsraten unterschieden sich zwischen den verschiedenen SES-Gruppen kaum. Daher schlussfolgerten Wadsworth et al., dass ökonomischer Stress die Neigung eine Störung zu entwickeln aktiviert, im Sinne des Diathese-Stress-Modells nach Caspi et al. (2000, zitiert nach Wadsworth und Achenbach 2005).

Miech et al. (1999) überprüften die Hypothesen der sozialen Drift und sozialen Begründung an 939 Jugendlichen in Neuseeland. Angst, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (conduct disorder) korrelierten im Alter von 15 Jahren signifikant negativ mit dem Herkunftses und nahmen bis zum 21. Lebensjahr zu. Der SES mit 21 Jahren (gemessen durch den aktuellen Bildungsstand der Jugendlichen) sagte wiederum eine Zunahme von Störungen des Sozialverhaltens, antisozialer Verhaltensweisen und Angststörungen im Sinne der Kausalitätshypothese voraus. Selektionseffekte bestanden für externalisierende Störungen. Diese führten bei den Jugendlichen dazu, dass sie sich im Verlauf durch geringere Bildungsleistungen in niedrigere SES-Gruppen selektierten. Internalisierende Störungen behinderten die Jugendlichen nicht auf ihrem Bildungsweg und Depressionen zeigten überraschenderweise überhaupt keinen Zusammenhang mit dem SES. Die kausalen Wege zwischen SES und psychischer Gesundheit sind noch immer nicht abschließend geklärt und es spricht einiges dafür, dass sich die verschiedenen Störungsbilder in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter in ihrer Beziehung zum SES unterscheiden (vgl. Miech et al. 1999, Wadsworth und Achenbach 2005).

Zunehmend wird in der Forschung eine **Lebenslaufperspektive** berücksichtigt, bei der die Akkumulation von benachteiligenden Lebensbedingungen über den Lebenslauf zentral ist. Sie geht von einem dynamischen Prozess der kooperativen Entstehung von Gesundheit und sozialer Stellung aus und bietet ein Erklärungsmodell für die transgenerationale Weitergabe gesundheitlicher Ungleichheit. Kinder aus soziökonomisch benachteiligten Familien haben meist einen schlechteren Start ins Leben und ein erhöhtes Risiko einer schlechteren Gesundheit im Verlauf ihres Lebens. Es gibt vielfache Belege für den Zusammenhang schlechter sozioökonomischer Bedingungen in der Kindheit und dem Auftreten von Erkrankungen im Erwachsenenalter, wie beispielsweise koronarer Herzerkrankungen (Kaplan und Salonen 1990). Eine Hauptursache für die Vererbung von Armut wird in der Verknüpfung von Armut und geringerer Bildungsbeteiligung bzw. Bildungserfolg gesehen, der bereits im Kindergartenalter beginnt. Schlechte Bildungserfolge stehen wiederum im

Zusammenhang mit stärkerem gesundheitsrelevanten Risikoverhalten, so dass durch Armut reduzierte Bildungs- und Gesundheitschancen in einem engen, sich gegenseitig verstärkenden Wechselverhältnis stehen und sich gesundheitliche Ungleichheiten so leicht von Generation zu Generation reproduzieren (Richter und Hurrelmann 2007).

1.1.7 Psychische Gesundheit von traumatisierten Flüchtlingskindern

Kinder reagieren auf psychische Traumatisierung unterschiedlich und können sehr verschiedene psychopathologische Symptome und Verhaltensweisen zeigen, wie z. B. regressives Verhalten, episodische Aggressionen, psychophysiologische Störungen, Delinquenz, Trauerreaktionen, Veränderungen der Schulleistungen, Persönlichkeitsveränderungen, Depressions- und Angstsymptome (Jensen und Shaw 1993). Viele Kinder entwickeln eine PTSD, jedoch ist die Anzahl der im Krieg traumatisierten Kinder sehr viel größer, als die Anzahl diagnostizierter PTSD-Fälle. In verschiedenen Flüchtlingsstudien wurden PTSD-Raten bei Kindern und Jugendlichen zwischen 21 und 71,32 % gefunden, verglichen mit 6,3 % in Friedenszeiten (Kolltveit et al. 2012, Khamis 2005, Sack et al. 1995b, Kinzie et al. 1986, Slodnjak et al. 2002). Für das Verständnis der traumatischen Erfahrung des Kindes und seiner Effekte ist es wichtig, das spezifische Kriegserlebnis (Art des Traumas), den Umfang der Traumatisierung (wie viele Traumata), das Ausmaß der Exposition (wie oft und wie lange) sowie die psychologische und geografische Nähe des stressvollen Ereignisses zum Kind zu kennen (Jensen und Shaw 1993). In verschiedenen Studien wurde eine *Dosis-Wirkungs-Beziehung* von Traumaexposition zu Psychopathologien nachgewiesen, wobei eine stärkere Traumaexposition zu mehr psychischen Einschränkungen führte (Walton et al. 1997, Montgomery 2011, Al-Krenawi et al. 2009, Pat-Horenczyk et al. 2013, Kocijan-Herzigonja et al. 1998). Kinder mit andauernder bzw. wiederkehrender Exposition zu potentiell traumatischen Ereignissen waren stärker belastet, als Kinder deren Traumaexposition beendet war (Pat-Horenczyk et al. 2013, Kocijan-Herzigonja et al. 1998). In der Untersuchung von Kocijan-Herzigonja et al. (1998) dreier Gruppen traumatisierter Kinder mit unterschiedlichen Kriegserfahrungen in Kroatien litten Flüchtlingskinder häufiger unter akuter PTSD, während innerhalb des Landes vertriebene Kinder häufiger Symptome chronischer PTSD zeigten. Einheimische Kinder wiesen zwar keine PTSD auf, litten aber unter vielen anderen psychischen Problemen. Art, Intensität und Dauer der traumatischen Erfahrungen waren direkt proportional zur Art und Intensität psychischer Probleme der Kinder. Gerade die Akkumulation von Traumata aus verschiedenen Bereichen des Lebens (militärische Gewalt, elterliche Not, Verlust von Freunden oder des zu Hauses, unterbrochener Schulbesuch, etc.) kann die Kapazitäten eines Kindes überfordern und seine Sicherheit und seinen Rhythmus im täglichen Leben stören. Das Erleben von ein oder zwei traumatische Ereignissen kann hingegen von Kindern häufig sehr gut verarbeitet werden (Punamäki

2000) und beeinflusst, wenn diese innerhalb eines größeren globalen Konflikte auftreten, eher die Einstellungen und Erwartungen der Betroffenen, als die Expression spezifischer Psychopathologien. „Moderate Grade“ von Kriegserlebnissen ermöglichen nach Ansicht von Jensen und Shaw (1993) sogar ein effektives Funktionsniveau durch die Nutzung selbst schützender, adaptiver kognitiver Stile. In diesem Zusammenhang ist möglicherweise auch das wiederholt beobachtete Phänomen einzuordnen, dass Kinder und Jugendliche trotz traumatischer Erlebnisse gute Anpassungsleistungen zeigten, was in der Flüchtlingsforschung unter dem Begriff des „*Immigranten-Paradoxons*“ (Immigrant paradox) untersucht wird (Dimitrova et al. 2016). So fanden Slodnjak et al. (2002) in einer Gruppe jugendlicher bosnischer Flüchtlinge (N = 265) erstaunlich hohe Funktionsniveaus trotz hoher PTSD-Raten. Die Flüchtlinge gaben zwar mehr Traurigkeit an und machten sich Sorgen um ihre Zukunft und um körperliche Beschwerden, aber sie zeigten weder mehr Verhaltensauffälligkeiten noch schlechtere Schulleistungen als ihre slowenische Vergleichsgruppe (N = 195). Die slowenischen Jugendlichen zeigten mehr depressive Symptomatik, hatten ein geringeres Selbstwertgefühl und gaben häufiger das Gefühl schulischer Überforderung an. Auch Sack et al. (1995a) fanden bei kambodschanischen Flüchtlingskindern (N = 206) in den USA trotz PTSD ein gutes Funktionsniveau im Alltag, nicht jedoch bei ihren Eltern (Sack et al. 1995a). Dimitrova et al. (2016) sehen die Ursache für das Immigranteparadoxon in einem oft sehr engen familiären Zusammenhalt in Flüchtlingsfamilien mit höheren Erwartungen der Eltern an ihre Kinder und einer stärkeren Einbindung der jugendlichen Immigranten in Pflichten im Vergleich zu einheimischen Kindern. Im Gegenzug halten jugendliche Migranten enge Bindungen zu ihren Familien, wodurch sie sich möglicherweise geschützter und besser angepasst gegenüber ihrem weiteren sozialen Kontext fühlen, was sich positiv auf die Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten auswirken kann.

Wie sich traumatische Erlebnisse auf die Entwicklung und die psychische Gesundheit von Kindern auswirken wird durch kindliche Faktoren (Geschlecht, Alter/Entwicklungsstatus, Vorerfahrungen; initiale Reaktion auf das Trauma), familiäre Faktoren (Eltern-Kind-Beziehung, Reaktion der Eltern) sowie soziokulturelle Faktoren beeinflusst (Jensen und Shaw 1993). Auf die Bedeutung des Entwicklungsalters des Kindes und die besondere Bedeutung der Eltern im Zusammenhang mit Traumatisierungen wurde in den Kapiteln 1.1.4.1 und 1.1.4.3 bereits ausführlich eingegangen. Die Flüchtlingsliteratur liefert vielfache Belege für einen Zusammenhang zunehmender Psychopathologien mit zunehmendem Alter der Flüchtlingskinder (Thabet und Vostanis 1998, Kolltveit et al. 2012, Khamis 2005) bzw. für Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit der einzelnen Störungsbilder in den verschiedenen Altersstufen. Dimitrova et al. (2016) wiesen in ihrer Metaanalyse von 51 europäischen Studien mit Immigrantenkindern und -jugendlichen (N = 224.197) mehr internalisierende

Störungen in der Kindheit und eine Zunahme externalisierender Störungen in der Adoleszenz nach. Mädchen zeigten in den meisten Flüchtlingsstudien mehr ängstliche, depressive und PTSD-Symptomatik als Jungen (Thabet und Vostanis 1998, Al Krenawi et al. 2009, Kolltveit et al. 2012, Slodnjak et al. 2002, Brajša-Žganec 2005). Trotz zum Teil höheren Exposure-Werten zeigten Jungen niedrigere Raten an PTSD (Kolltveit et al. 2012). Sie litten im Unterschied zu Mädchen mehr unter Problemen familiärer Funktionsfähigkeit und Problemen mit Peerbeziehungen (Al Krenawi et al. 2009) sowie Langzeitfolgen von Krieg (Brajša-Žganec 2005). Vermutlich liegen die unterschiedlichen Reaktionsweisen von Jungen und Mädchen auf Kriegseffekte an ihrer unterschiedlichen Sozialisation, wobei Jungen in stressvollen Situationen oft weniger geschützt zu sein scheinen als Mädchen (Brajša-Žganec 2005).

Ein nicht zu unterschätzender Faktor für Erleben und Reaktion auf Traumata ist der kulturelle Hintergrund. Rousseau et al. (1997) stellten in einer Gruppe von schulpflichtigen Flüchtlingskindern aus Zentralamerika und Südostasien fest, dass die Herkunftskultur entscheidend das Verhältnis zwischen Prämigrationserfahrungen und Postmigrationsbedingungen modulierte. Die von Zentralamerikanern erlebte Gewalt im Herkunftsland führte zu Konflikten in der Familie, während Konflikte bei den Südostasiatischen Familien zu einem aktiven sozialen Netzwerk und Zusammenhalt in der Herkunftsgemeinschaft führte. Die Autoren schlossen daraus, dass eine feine Balance zwischen der zur Verfügung stehenden Unterstützung und der Belastung durch eine Großfamilie besteht (Rousseau et al. 1997). Kinzie et al. (1986) fanden kulturell bedingte grundlegend unterschiedliche Verhaltensmuster US-amerikanischer und kambodschanischer Jugendlicher im Umgang mit traumatischen Erfahrungen. Während amerikanische Jugendliche auf Traumatisierung eher externalisierend, mit dissozialen Verhaltensweisen und vermehrtem Drogenkonsum reagierten, unterdrückten kambodschanische jugendliche Flüchtlinge eher ihre Gefühle und zeigten vermeidende Verhaltensweisen.

Eine besondere Situation stellt das Leben in Flüchtlingslagern, als eine permanente Stress- und Mangelsituation für Flüchtlingskinder und ihre Familien dar. Fehlende Rückzugsmöglichkeiten erschweren Eltern, die für die Entwicklung ihrer Kinder so wichtigen sicheren Orte zu schaffen, an denen Kinder ungestört spielen können. Häufig fehlen Schulbesuche und damit Routine im Alltag sowie eine zum Lernen anregende Umgebung. Schädliche Einflüsse der Umgebung wirken sehr viel direkter auf die durch Krieg und Verfolgung vorbelasteten Kinder. Viele der in Lagern lebenden Kinder leiden an Unterernährung und sind in ihrer Entwicklung deutlich retardiert (Miller et al. 1994). Sie zeigen häufiger ausgeprägtere psychische Störungen als Kinder, die nicht in Flüchtlingslagern leben. Khamis (2005) fand in seiner Untersuchung mit palästinensischen Schulkindern (N = 1000) deutlich höhere Raten an PTSD bei Kindern aus Flüchtlingscamps (50 %), als bei Kindern, die in der Stadt

(31,5 %) oder auf dem Land (33,2 %) lebten. In der Studie von Thabet und Vostanis (1998) mit Kindern aus dem Gazastreifen (N = 237) waren das Leben in Stadtzentren oder im Flüchtlingslager Risikofaktoren für Angststörungen.

Eine qualifizierte therapeutische Behandlung kann Kindern nach traumatischen Erlebnissen dabei helfen diese zu bewältigen und sich gesund zu entwickeln. Oft finden jedoch gerade Flüchtlingsfamilien besonders schwer den Weg zu qualifizierter therapeutischer Hilfe. Gründe hierfür können ihre kulturell bedingte Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen und psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung, mangelnde Sprachkenntnisse, hohe Mobilität und fehlende Registrierung bei Hausärzten sein, die sie an qualifizierte Stellen überweisen könnten (Howard und Hodes 2000).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder, die kriegerische Auseinandersetzungen miterlebt haben unter ganz unterschiedlichen Symptomen eines großen Spektrums an Psychopathologien leiden. Um ein Verständnis für ihre Symptomatik zu entwickeln, muss die Art, Intensität und Dauer des Traumas berücksichtigt werden, da dieses direkt mit der Intensität der psychischen Belastung zusammenhängt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass Kinder trotz Traumatisierung eine gute Anpassung im Alltag zeigen können. Es bestehen dabei große, kulturell beeinflusste Unterschiede in der Reaktion auf traumatische Erlebnisse. Der kulturelle Hintergrund beeinflusst entscheidend Prämigrations- und Postmigrationserfahrungen. Neben Entwicklungsstand, und dem Geschlecht ist vor allem die Präsenz einer stabilen Bezugsperson von zentraler Bedeutung für die Reaktion von Kindern auf Traumata. Diese kann als Puffer wirken, jedoch auch stressverstärkend, wenn sie selbst schwer belastet ist. Durch unterschiedliche Tempi der Anpassung an die neue Kultur kann es in Familien zu intergenerationalen Konflikten von Eltern und Kindern kommen, die die Entwicklung der Kinder weiter belastet. Für die Entwicklung zu gesunden Erwachsenen ist eine frühzeitige Behandlung psychischer Traumata besonders wichtig, um Chronifizierungen zu vermeiden. Dazu muss in den Fluchtländern die Kontaktschwelle zu Einrichtungen psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe herabgesetzt werden.

1.1.8 SES und Flucht

In verschiedenen Studien aus Kriegs- und Krisengebieten, die vor allem aus Israel und dem Gazastreifen stammen, konnte belegt werden, dass ein niedriger SES mit einer schlechteren psychischen Gesundheit von Kindern im Krieg einhergeht. In der Untersuchung von Thabet und Vostanis (1998) war ein niedriger SES wichtigster Prädiktor für allgemeine psychische Gesundheitsprobleme. Al-Krenawi et al. (2009) untersuchten israelische Jugendliche (N = 442 Juden und N = 450 Palästinenser) und fanden, dass ein niedriger SES psychische Gesundheitsprobleme, PTSD, Pathologien der familiären Funktionsfähigkeit

und soziale Funktionsfähigkeit der Jugendlichen mit ihren Peers voraussagte. In der Studie von Khamis (2005) zeigten Kinder, die mehr ökonomische Härte erlebt hatten, mehr PTSD als Kinder mit besserem finanziellem Status. Auch Kinder, die arbeiteten litten häufiger unter PTSD. In der von Kolltveit et al. (2012) untersuchten Gruppe Jugendlicher (N = 139, 12-17 Jahre) aus einem großen Flüchtlingscamp in Gaza war die Arbeitslosigkeit des Vaters Risikofaktor für das Auftreten einer PTSD der Jugendlichen. Walton et al. (1997) fanden in einer Gruppe von salvadorianischen Kindern (N = 54), die im Bürgerkrieg geboren wurden, dass ein hoher SES und eine bessere Bildung der Eltern mit einer besseren psychischen Gesundheit der Kinder verbunden waren. Außerdem beeinflussten durch den Krieg bedingte Variablen der Lebensqualität, wie Umzüge, der Mangel an Kleidung und die Wohnqualität, die psychische Gesundheit der Kinder stärker, als das Zusammensein mit ihren Familien oder die Intensität des Krieges.

Empirische Studien belegen weiterhin, dass ein niedriger SES oft mit verspäteter Flucht, ungünstigeren Fluchtrouten, vermehrter Traumaexposition sowie mehr Schwierigkeiten im Integrationsprozess und dem Erlangen wirtschaftlicher Unabhängigkeit im Exil verbunden ist (Marsh 1980, Tran 1992, Potocky 1996, Mghir und Raskin 1999, Sack et al. 1995a). Marsh (1980) untersuchte indochinesische Flüchtlinge zweier Flüchtlingswellen (1975 und 1978) in den USA. Den Daten ließ sich entnehmen, dass zuerst die Reichsten des kürzlich verstoßenen Establishments ihr Land verließen, wie Plantagenbesitzer, Gutsherren, Banker und hochrangige Regierungsmitglieder. Auf sie folgten Personen sozioökonomisch höhergestellter Berufsgruppen und Regierungsmitglieder bzw. Staatsbedienstete mittleren Ranges und zuletzt folgten Personen mit niedrigerem Beschäftigungsrang. Die Flüchtlinge der zweiten Welle waren in der Regel ärmer, kamen aus ländlicheren Regionen und waren häufig sehr religiös und mit ihrer eigenen Kultur tief verwurzelt. Die Länge des Aufenthaltes war ein entscheidender Faktor für Wohlbefinden und höheren SES in den USA. Auch bei Potocky (1996) war die Länge des Aufenthalts in den USA ein entscheidender Faktor für einen SES-Anstieg ehemaliger Flüchtlingskinder in den USA und bei Tran (1992) ging eine längere Aufenthaltsdauer in den USA mit einer besseren Anpassung asiatischer Flüchtlinge aus unterschiedlichen Herkunftsländern (N = 3144) einher. Der Eingliederungs- oder Akkulturationsprozess der später ankommenden Flüchtlingsgruppen kann durch mangelnde Bildung und Sprachkenntnisse, Fremdheit der westlichen Kultur und Verharren in den eigenen Traditionen erschwert sein (Marsh 1980, Mghir und Raskin 1999, Tran 1992). Ein schlechter Akkulturationsprozess kann wiederum mit mehr psychologischer Not einhergehen, wie Sundquist (1993) für Flüchtlinge in Schweden belegte. Die Anpassungsleistung von Flüchtlingen wird außerdem durch Alter, Geschlecht und den ethnisch kulturellen Hintergrund moderiert (Tran 1992, Potocky 1996). Häufig beeinflusst auch die politische Haltung des Fluchtlandes gegenüber dem Herkunftsland der Flüchtlinge entscheidend ihre

Möglichkeiten zu Integration und Entwicklung wirtschaftlicher Unabhängigkeit (Potocky 1996, Sinnerbrink et al. 1997). Mghir und Raskin (1999) fanden bei jungen afghanischen Flüchtlingen (N=38) unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, dass die Gruppe der Tadjiken, deren Eltern schon im Heimatland wohlhabender und besser gebildet waren auch in den USA einen besseren sozioökonomischen Status hatten. Die paschtunischen Familien verbrachten mehr Zeit während des Krieges in Afghanistan. Sie erlebten mehr Traumata und litten häufiger unter PTSD und Depressionen. In den USA führten große Sprachbarrieren der Pashtunen und ihr „konservativerer“ Hintergrund zu sozialer Isolation. Dies war bei den Tadjiken nicht der Fall. Sack et al. (1995a) belegten, dass die psychischen Belastungen, der von ihnen untersuchten erwachsenen Flüchtlinge häufig mit Funktionseinschränkungen einhergingen, die wiederum mit dem Angewiesensein auf Sozialleistungen assoziiert waren.

In einer großen Metaanalyse von Studien (N = 59) mit Vertriebenen in der ganzen Welt (N = 67.294) aus den letzten fünf Dekaden untersuchten Porter und Haslam (2005) Moderatoren psychischer Gesundheit (individuell und kontextuell) von Vertriebenen und Flüchtlingen. In der Metaanalyse enthalten waren auch 17 Studien mit Flüchtlingskindern. Weibliche, ältere und Flüchtlinge mit ländlichem Wohnort vor der Flucht zeigten eine schlechtere Gesundheit, aber überraschenderweise auch Personen mit höherer Bildung und höherem SES vor der Flucht. Porter und Haslam interpretierten dies als Reaktion auf einen stärkeren Statusverlust. Postmigrationsfaktoren moderierten die psychische Gesundheit. Dabei wirkte sich das Leben in Flüchtlingscamps, eingeschränkte ökonomische Bedingungen, die Flucht innerhalb des eigenen Landes, eine schnelle Rückkehr ins Herkunftsland sowie die Rückkehr in ein Land mit ungelöstem Konflikt negativ auf die psychische Gesundheit der Vertriebenen aus. Im Gegensatz zu Porter und Haslam (2005) war in der Follow-up-Untersuchung von Montgomery (2011), die Flüchtlingskindern acht bis neun Jahre nach ihrer Ankunft in Dänemark untersuchte, eine höhere Bildung der Mutter mit besserer psychischer Gesundheit der Kinder im Follow-up assoziiert. Außerdem waren integrationsfördernde Faktoren, wie ein regelmäßiger Schulbesuch, Freundschaften zu dänischen Peers sowie gute Sprachkenntnisse mit einer besseren psychischen Gesundheit der Kinder im Follow-up verbunden. Das der SES nur einer von mehreren Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern im Exil ist, verdeutlicht auch die Studie von Sack et al. (1986). Entscheidend für eine bessere psychische Gesundheit der von ihm untersuchten kambodschanischen Flüchtlingskinder war das Zusammenleben mit Familienangehörigen. Flüchtlingskinder, die in amerikanischen Pflegefamilien untergebracht waren zeigten trotz höherem SES mehr psychiatrische Diagnosen, als Flüchtlingskinder, die mit ihrer Familie oder Teilen der Familie lebten (Sack et al. 1986). Auch die Untersuchung von Johnson (1989) über ökonomischen Stress bei südostasiatischen Flüchtlingen

in Kanada belegt die besondere Bedeutung des Familienzusammenhalts in Flüchtlingsfamilien. Überraschenderweise bestand bei keinem der von ihm untersuchten Flüchtlingen eine ausgeprägte ökonomische Not, abgesehen von Arbeitsunsicherheit. „Menschliches Kapital“, wie Englischsprachfähigkeit, Bildungsgrad und Jobtraining, hatte keinen Einfluss auf erlebten ökonomischen Stress der Flüchtlinge. Johnson führte dies auf eine gute Integration der Flüchtlinge in eine sozial unterstützende Familie zurück, die nicht nur emotionalen Stress, sondern auch die Auswirkungen sozioökonomischen Stresses abpuffern kann, indem sie Zugang zu alternativen finanziellen Quellen bietet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der sozioökonomische Status mit der psychischen Gesundheit von Kindern im Krieg, auf der Flucht und im Exil vielfältig in Beziehung steht. Die Ergebnisse empirischer Forschung sind jedoch teilweise widersprüchlich. Kinder aus Familien mit niedrigem SES sind durch Krieg und Gewalt häufig stärker belastet als ihre sozioökonomisch besser gestellten Peers. Ein niedriger SES geht zudem häufig mit einer späteren Flucht, ungünstigeren Fluchtrouten und mehr Exposure einher. Flüchtlingsfamilien mit niedrigem SES zeigen häufiger größere Anpassungsschwierigkeiten im Exil und sind dadurch zusätzlich belastet. Andererseits gibt es Belege dafür, dass gerade Flüchtlinge mit höherem SES und mehr Bildung vor der Flucht, eine schlechtere psychische Gesundheit im Exil zeigen. Einigkeit herrscht darüber, dass ein niedriger SES im Exil Flüchtlingsfamilien im Exil zusätzlich belastet. Einen tabellarischen Überblick über die zitierten Studien, welche den Einfluss des SES auf die psychische Gesundheit in Flüchtlingspopulationen untersuchten findet sich in Tabelle 25 im Anhang 7.8.

1.2 Diskussion des Stands der Forschung

Kinder, die aus Krisen- bzw. Kriegsgebieten geflohen sind leiden in der Folge an einem großen Spektrum psychopathologischer Auffälligkeiten. Das Ausmaß ihrer psychischen Beeinträchtigung durch Kriegserlebnisse hängt dabei von der Art des Traumas, dem Umfang der Traumatisierung, dem Ausmaß der Exposition sowie der psychologischen und geografischen Nähe des stressvollen Ereignisses ab (Jensen und Shaw 1993, Kocijan-Herzigonja et al. 1998, Punamäki 2000, Al-Krenawi et al. 2009, Pat-Horenczyk et al. 2013). Weitere moderierende Faktoren sind das Entwicklungsalter und das Geschlecht des Kindes (Jensen und Shaw 1993, Thabet und Vostanis 1998, Punamäki 2000, Khamis 2005, Kolltveit et al. 2012, Dimitrova et al. 2016) sowie das Vorhandensein einer engen Bezugsperson. Eltern können sowohl als Puffer traumatischer Erlebnisse wirken (Pfefferbaum 1997, Kinzie et al. 1986), als auch zu einer Verschärfung der Symptomatik des Kindes beitragen, wenn sie selbst psychisch stark belastet sind (Jensen und Shaw 1993, Scheeringa und Zeanah 2001,

Pat-Horenczyk et al. 2013). Ergebnisse verschiedener Studien aus Kriegs- und Krisengebieten zeigen außerdem, dass Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien im Krieg stärker psychopathologisch belastet sind, als ihre sozioökonomisch besser gestellten Peers (Walton et al. 1997, Thabet und Vostanis 1998, Khamis 2005, Al-Krenawi et al. 2009, Kolltveit et al. 2012).

Ein niedriger SES ist ein in der empirischen Forschung gut belegter Risikofaktor psychischer Gesundheit von Kindern und Erwachsenen (Adler et al. 1994, Laucht 2003, Egle et al. 1997, Wadsworth und Achenbach 2005, Ravens-Sieberer et al. 2007, Lampert et al. 2013). Nach dem Ressourcenmodell geht das Leben unter niedrigen sozioökonomischen Bedingungen mit einer Kumulation von Belastungen (z. B. im Arbeitsbereich, den Wohnbedingungen, der Krankenversicherung) und individuellen Risikofaktoren (ungünstige gesundheitsrelevante Verhaltensweisen) sowie einem Mangel an psychosozialen Copingressourcen einher. Dies führt zu einer chronischen Belastung der Copingkapazitäten. Gleichzeitig zeigen empirische Forschungsergebnisse, dass Personen mit niedrigem SES häufiger mit negativen Lebensereignissen konfrontiert sind, die ihre Copingkapazitäten überfordern, was in Überforderungserleben und einem reduzierten Glauben an persönliche Kontrolle, Macht und Selbsteffizienz resultiert. Dies sind wiederum Faktoren, die eng mit psychischen Krankheiten verbunden sind (Gallo und Matthews 1999, Dohrenwend 2000). Auf Kinder wirkt ein niedriger SES primär durch elterliches Verhalten, da die elterliche Fürsorge in ökonomisch stressvoller Umgebung leidet (Conger et al. 1992, Harnish et al. 1995, National Advisory Mental Health Council 1996, Leventhal und Brooks-Gunn 2000). Verschiedene empirische Untersuchungen belegen, dass das Aufwachsen in sozioökonomisch niedrigen Verhältnissen das Auftreten weiterer Risikofaktoren psychischer Gesundheit begünstigt und diese sich wechselseitig verstärken können (vgl. Risiko- und Schutzfaktorforschung, z. B. Laucht 2003).

Die empirische Flüchtlingsforschung liefert widersprüchliche Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von SES und psychischer Gesundheit. Einerseits ist belegt, dass ein niedriger SES häufig mit einem späteren Fluchtzeitpunkt (Marsh 1980, Potocky 1996), ungünstigeren Fluchtrouten und dadurch bedingt mehr Traumaexposition verbunden ist (Mghir und Raskin 1999), und Flüchtlinge mit niedrigem Prämigrations-SES im Exil zudem mehr Anpassungsschwierigkeiten haben (Mghir und Raskin 1999, Potocky 1996), was sich zusätzlich belastend auswirkt (Sundquist 2000). Andererseits gibt es Belege dafür, dass gerade Flüchtlinge mit höherem SES und mehr Bildung vor der Flucht, im Exil eine schlechtere psychische Gesundheit zeigen (Porter und Haslam 2005). Dies kann im Zusammenhang mit einem erlebten SES-Abstieg stehen, der schon zu Friedenszeiten zu kurzfristigen Funktionseinschränkungen bis hin zu psychosozialen Langzeitproblemen von Kindern und ihren Familien führen kann (Webb und Friedemann 1991, Lempers und Clark-Lempers

1990, National Advisory Mental Health Council 1996). Der Zusammenhang von fluchtbedingtem SES-Abstieg und psychischer Belastung wurde bisher nicht untersucht. Empirisch belegt ist jedoch, dass ein niedriger Postmigrations-SES ein Risikofaktor psychischer Gesundheit von Flüchtlingen im Exil ist (Sundquist et al. 2000, Porter und Haslam 2005).

Ein grundsätzliches Problem in der empirischen Forschung des Zusammenhangs von SES und psychischer Gesundheit ist, dass der SES sehr unterschiedlich erfasst wird. Ursächlich hierfür kann sein, dass keine einheitliche Definition des SES existiert, wenngleich eine weit verbreitete Übereinkunft darüber besteht, dass sich der SES auf den kombinierten Einfluss von Einkommen, Bildung und Beschäftigungsstatus bezieht (Liberatos 1988). Oft werden Einzelindikatoren stellvertretend für das Gesamtkonzept erhoben. Validierte Instrumente zur SES-Erfassung wurden in Flüchtlingsstudien bisher kaum eingesetzt (vgl. Sack et al. 1995a, Sinnerbrink et al. 1997), international vergleichbare Instrumente gar nicht genutzt (vgl. auch Tabelle 25 im Anhang 7.8), was die Vergleichbarkeit der Studien einschränkt. Die meisten Flüchtlingsstudien erfassten den SES zudem als Störvariable, wodurch Unterschiede im Gesundheitsstatus zwar beschrieben, diese aber nicht erklärt werden können (Liberatos et al. 1988, Hoffmeister et al. 1992, Krieger et al. 1997, Adler und Stewart 1999). Auch subjektive Indikatoren, die weitere wichtige Informationen über die wahrgenommene Stellung des Individuums in der Gesellschaft (subjektiver SES) und im persönlichen Umfeld liefern können und in verschiedenen Studien signifikante Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit zeigten, fanden bisher keine Berücksichtigung in Flüchtlingsstudien (Singh-Manoux et al. 2005, Adler et al. 2000, Adler und Stewart 2007, Goodman et al. 2001). Sie könnten jedoch gerade in Flüchtlingspopulationen zu einem weiteren Erkenntnisgewinn über die Beziehung von SES und psychischer Gesundheit beitragen, da es Hinweise darauf gibt, dass ökonomischer Stress in Minderheitengruppen anders wirkt und die Integration in soziale Netzwerke hier an Bedeutung gewinnt (vgl. Costello et al. 1996, Samaan 2000), wodurch die negativen Effekte eines niedrigen SES abgemildert werden können (Leventhal und Brooks-Gunn 2000).

Um die Rolle des SES auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern besser zu verstehen fehlen demnach Untersuchungen, die anhand validierter, international einsetzbarer Instrumente verschiedene Aspekte des SES erfassen und sowohl den Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES, als auch eines fluchtbedingten SES-Abstiegs mit der psychischen Befindlichkeit der Flüchtlingskinder im Exil untersuchen.

1.3 Hypothesen

Aus dem dargestellten bisherigen Stand der Forschung ergeben sich für diese Arbeit zwei Hypothesenkomplexe. Der erste Hypothesenkomplex untersucht den Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES und der psychischen Befindlichkeit der Flüchtlingskinder im Exil und der zweite den Zusammenhang eines SES-Abstiegs und der psychischen Befindlichkeit der Flüchtlingskinder im Exil. Außerdem wird der Zusammenhang weiterer familiärer Risikofaktoren im Exil auf die psychische Befindlichkeit der Flüchtlingskinder untersucht.

1.3.1 Der Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES und psychischer Befindlichkeit des Flüchtlingskindes im Exil

(H₁) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Heimatland und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₂) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der subjektiven Stellung der Familie in der Gesellschaft (subjektiver SES) im Heimatland und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₃) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus der Mutter (objektiver SES) im Heimatland und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₄) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus des Vaters (objektiver SES) im Heimatland und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₅) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen beengten Wohnverhältnissen im Heimatland und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₆) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Exil und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₇) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der subjektiven Stellung der Familie in der Gesellschaft (subjektiver SES) im Exil und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₈) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus der Mutter (objektiver SES) im Exil und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₉) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus des Vaters (objektiver SES) im Exil und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₁₀) Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen beengten Wohnverhältnissen im Exil und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

1.3.2 Der Zusammenhang von SES-Abstieg, familiären Risikofaktoren und psychischer Befindlichkeit des Flüchtlingskindes im Exil

(H₁₁) Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen einer subjektiven Verschlechterung der Stellung im persönlichen Umfeld der Familie und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₁₂) Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen einer subjektiven Verschlechterung der gesellschaftlichen Stellung der Familie (subjektiver SES) und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₁₃) Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung des Beschäftigungsstatus der Mutter und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₁₄) Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung des Beschäftigungsstatus des Vaters und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₁₅) Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung der Wohnverhältnisse und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

(H₁₆) Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen familiären Risikofaktoren und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Exil.

2 Methodik

2.1 Design

Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojektes, welches mittels einer empirisch-quantitativen Querschnittsuntersuchung in Hamburg lebende Flüchtlingskinder dreier ethnisch verschiedener Gruppen untersucht. Die Daten wurden anhand von Fragebögen erhoben und beruhen zum einen auf dem Elternurteil über die psychische Befindlichkeit des Kindes und zum anderen auf Selbstbeurteilungsdaten der Kinder über ihre psychische Verfassung. Es sollten sowohl deskriptiv-epidemiologische Fragen beantwortet, als auch a priori aufgestellte Korrelationshypothesen überprüft werden. Da vergleichbare Untersuchungen bisher in Deutschland nicht zur Verfügung stehen, hat dieses Forschungsprojekt einen stark explorativen Charakter.

2.2 Vorbereitung der Datenerhebung und Probleme der Stichprobengewinnung

Es war geplant, eine für Hamburg möglichst repräsentative Stichprobe von ca. 1000 Kindern und Jugendlichen aus Afghanistan und dem ehemaligen Jugoslawien im Alter von 11 bis 20 Jahren zu gewinnen, die in Hamburg als Flüchtlinge aufgenommen worden waren. Diese Herkunftsregionen wurden gewählt, weil von dort zum Zeitpunkt der Untersuchung ein großer Anteil der Population der Hamburger Flüchtlinge kam und diese Menschen in besonderem Maße Krieg, Gewalt und Verfolgung ausgesetzt waren. Die Befragung der Kinder sollte an Hamburger Schulen erfolgen, die Eltern sollten die Fragebögen zu Hause ausfüllen und ihren Kindern mitgeben. Aufgrund der besonderen Situation unbegleiteter Flüchtlingskinder wurden in dieser Untersuchung nur Kinder berücksichtigt, die mit mindestens einem Elternteil in Hamburg lebten.

Das Vorgehen bei der Datenerhebung wurde in enger Absprache mit der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg und dem Hamburger Datenschutzbeauftragten ausgearbeitet und von der Behörde für Bildung und Sport genehmigt. Auf der Grundlage der Schülerzahlenstatistik 2002 der Behörde für Bildung und Sport wurden alle weiterführenden Hamburger Schulen ausgewählt, die von mindestens 10 Flüchtlingskindern aus den genannten Ländern besucht wurden. Die sich ergebende Anzahl von 64 Schulen mit ca. 2050 solcher Schüler und Schülerinnen (Afghanistan 82 %, Kosovo 11 %, Bosnien 7 %) erschien ausreichend.

Die Direktoren der 64 ausgewählten Schulen wurden im Juni 2002 angeschrieben. In dem Schreiben wurde ihnen das geplante Vorgehen dargelegt, außerdem enthielt es einen Satz der Fragebögen. Die Klassenleitungen sollten den betreffenden Schülern den Elternfragebogen sowie einen Informationsbrief mitgeben. An einem abzusprechenden Schultag sollten sich die Schüler in gesonderten Räumen für zwei Stunden zusammenfinden, den Kinderfragebogen ausfüllen und den Elternbogen wieder abgeben. Die Befragung der Schüler sollte von Mitarbeitern der Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien durchgeführt werden. Aus Datenschutzgründen sollten keine Lehrkräfte dabei anwesend sein. Nach dem Versand der Briefe wurden die Schulleiter angerufen, die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie geklärt und ggf. ein Termin zum persönlichen Kennenlernen und zur ausführlicheren Information vereinbart.

Ein erstes Problem war, dass 38 Schulen nicht an der Befragung teilnahmen. 18 Schulen mussten von der Teilnahme ausgenommen werden, da sie angaben, dass sie keine oder weniger als fünf Flüchtlingskinder der betreffenden Alters- und Herkunftsgruppe hätten. 20 Schulen lehnten die Beteiligung aus unterschiedlichen Gründen ab, meist aus Zeitmangel bzw. fehlender Bereitschaft des Lehrerkollegiums oder mangelnden Lese- und/oder Schreibkenntnissen der Kinder in der deutschen und in der Muttersprache. Eine Übersicht über die Gründe aufgrund derer Schulen ihre Teilnahme an der Befragung verweigerten sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: *Gründe für die Ablehnung der Teilnahme von Schulen*

Gründe für die Ablehnung der Teilnahme	Anzahl der Schulen
Keine oder zu wenige Flüchtlingskinder an der Schule	18
Keine Kapazitäten, kein Interesse	5
Mangelnde Resonanz bzw. ablehnende Haltung bei den Eltern	4
Förderschulen, Schüler durch Fragebogen überfordert	4
Kontakt abgebrochen	3
Ablehnung ohne Angabe von Gründen	2
Sonstige Gründe	2
Gesamt	38

Ein weiteres Problem war, dass sich in der verbleibenden Gruppe von 26 Schulen tatsächlich deutlich weniger Kinder aus den betreffenden Regionen befanden, als nach den Angaben der Schulbehörde zu erwarten gewesen war. Statt 920 Kindern, befanden sich nur ca. 770 Flüchtlingskinder an den Schulen. Der Grund dafür war, dass die Statistik der Schul-

behörde die Zielgruppe der Flüchtlingskinder hinsichtlich ihrer Herkunftsregion nicht ausreichend genau abbildete, da eine Einteilung nach Sprachen (dari, farsi, bosnisch, albanisch) und nicht nach Ländern vorgenommen worden war.

2.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung begann nach den Sommerferien im September 2002 und wurde im Juni 2003 abgeschlossen. In Absprache mit der Direktion wurden Termine vereinbart, an denen die Befragung stattfinden sollte. Lehrerinnen und Lehrer der entsprechenden Schulen wurden über das Projekt eingehend mündlich und schriftlich informiert. Über die Klassenlehrer wurden die Elternfragebögen (in der jeweiligen Landessprache und auf Deutsch) an die Schüler übergeben. Die Eltern wurden schriftlich über das Ziel der Studie und die anonymisierte Verarbeitung der Daten informiert und um ihr schriftliches Einverständnis zur Befragung ihrer Kinder gebeten. Eltern-Fragebögen und Einverständniserklärung wurden an den Erhebungsterminen von Mitarbeitern des wissenschaftlichen Teams der Flüchtlingsambulanz wieder eingesammelt.

Die Schüler bearbeiteten die Fragebögen während zweier Schulstunden unter Betreuung von Mitarbeitern der Flüchtlingsambulanz, die ihnen zuvor das Ziel der Befragung, die anonyme Verarbeitung der Daten und die Freiwilligkeit der Teilnahme erläuterten. Es nahmen nur Schüler mit vorliegender Einverständniserklärung teil. Fehlten Elternfragebögen, so sollten diese im Schulsekretariat nachgereicht werden. Entstand der Eindruck, dass der Elternbogen von den Kindern ausgefüllt worden war, so wurde dies auf dem Fragebogen vermerkt und dieser ggf. nicht ausgewertet. Die Kinderfragebögen lagen jeweils in einer deutschen und einer muttersprachlichen Version vor, zwischen denen die Kinder wählen konnten. Für im Nachhinein auftretende Fragen zur Teilnahme an der Studie oder dem Bedürfnis nach psychologischer Beratung wurde den Kindern ein Informationsblatt mit Telefonnummer und Adresse der Flüchtlingsambulanz ausgehändigt.

2.4 Schwierigkeiten bei der Datenerhebung

Als eines der größten Hindernisse bei der Befragung erwies sich die Einbindung der Eltern in die Befragung. Nur ein Bruchteil beteiligte sich an der Studie, selbst wenn sie ihren Kindern die Teilnahme genehmigt hatten. An vier Schulen scheiterte sogar die Teilnahme an dem Projekt an der Ablehnung der Eltern. Da ein direkter Kontakt zu den Eltern mit einem zu hohen Aufwand verbunden gewesen wäre, konnten die genaueren Umstände nicht geklärt werden. Aus dem Lehrerkollegium wurde jedoch von großem Misstrauen hinsichtlich des Datenschutzes und der Absichten des Forschungsvorhabens berichtet, welches auch

durch das Elternansprechen in der Muttersprache nicht vermindert werden konnte. Möglicherweise hing dieses Misstrauen mit einer generell unsicheren Haltung gegenüber deutschen Behörden zusammen, bzw. der häufig anzutreffenden Angst vor negativen Folgen für den Aufenthaltsstatus. Einige Eltern, die selbst ihre Fragebögen ausfüllten, gestatteten ihren Kindern nicht, an der Befragung teilzunehmen. Das Motiv war möglicherweise der Schutz der Kinder vor befürchteten negativen Konsequenzen der Teilnahme. Einige Kinder berichteten auch, dass ihre Eltern selbst Analphabeten seien und eine schriftliche Bearbeitung für sie deshalb nicht möglich sei. Um diese Probleme zu verringern, wäre eine persönliche Ansprache der Eltern erforderlich gewesen, z. B. in Form von Informationsabenden. Dies hätte jedoch einen nicht zu bewältigenden Aufwand bedeutet.

Auch eine Nichtweiterleitung der Elternfragebögen durch die Kinder konnte nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die Verweigerung der Teilnahme des Kindes trotz Einverständniserklärung der Eltern zur Befragung könnte mit der Angst zusammenhängen, sich an Kriegserlebnisse erinnern oder sich über diese äußern zu müssen.

2.5 Risiko der „Retraumatisierung“

Die Sorge einer möglichen schädlichen „Reaktualisierung“ traumatischer Erlebnisse durch Befragungen von Kindern und Jugendlichen konnte durch verschiedene Publikationen widerlegt werden, die stattdessen einen eher therapeutischen Effekt der Thematisierung traumatischer Erlebnisse zeigten (Eth und Pynoos 1985, Schepker 1997). In der Untersuchung von Dyregrov et al. (2000) mit Kindern, die den Genozid in Ruanda miterlebt hatten resümierten diese, dass es den Kindern zwar nicht leichtfiel über ihre Kriegserlebnisse zu berichten, sie sich jedoch danach erleichtert fühlten und ihre Gedanken durch das Interview als „klarer“ empfanden. Für die Teilnehmer dieser Studie bestand die Möglichkeit und das Angebot, bei entstehenden Krisen therapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, oder ihnen diese außerhalb zu vermitteln.

2.6 Bildung der Stichprobe

2.6.1 Ausschluss von Fällen und Ersetzen von fehlenden Werten

Insgesamt wurden 396 Kinderfragebögen und 139 Elternfragebögen ausgefüllt. Für die Auswertung der Daten wurden die jeweiligen Eltern- und Kinderfragebögen mittels eines Kodierungssystems einander zugeordnet und identifiziert. Der Ein- bzw. Ausschluss von Fragebögen in die endgültige Stichprobe erfolgte in verschiedenen Schritten.

2.6.1.1 Ausschluss von Kinderfragebögen

Von den 396 ausgefüllten Kinderfragebögen wurden in einem ersten Schritt 23 Fälle ausgeschlossen, die grundlegende Kriterien nicht erfüllten. Dies betraf drei Kinder, die ihre Heimat nicht aufgrund von Krieg oder Verfolgung verlassen hatten. 15 Kinder stammten nicht aus den Zielregionen Afghanistan, Bosnien oder dem Kosovo. Fünf Jugendliche waren älter als 20 Jahre.

In einem zweiten Schritt erfolgte der Ausschluss von 20 Fällen aufgrund zu vieler fehlender Angaben in zentralen Teilen des Kinderfragebogens. Hierzu wurden folgende Kriterien angewandt:

- a. Ausschluss, wenn bei mindestens einer der vier Störungsskalen (PTSD, Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit) mehr als 20 % der Angaben fehlten (n = 17).
- b. Ausschluss, wenn bei mindestens zwei der vier Störungsskalen mehr als 10 % der Angaben fehlten (n = 1).
- c. Ausschluss, wenn mehr als 20 % der Angaben in der Skala „Coping-Häufigkeiten“ fehlten (n = 2).

Der hohe Cut-off-Wert von 20 % wurde gewählt, weil ansonsten noch wesentlich mehr Fälle aus der Stichprobe gefallen wären.

In einem dritten Schritt wurden 97 Fragebögen von Kindern ausgeschlossen, die keine oder nur unsichere bzw. lückenhafte Erinnerungen an Kriegs- und Fluchterlebnisse hatten. 26 Kinder waren im Exil geboren, 58 Kinder hatten nach eigenen Angaben keine Erinnerung an Kriegs- oder Fluchterlebnisse und 13 Kinder waren zum Fluchtzeitpunkt zu jung (< 4 Jahre) oder hatten bei den Exposure-Items keine Gewalterlebnisse angegeben. Es verblieben 256 Kinder-Fragebögen.

2.6.1.2 Ausschluss von Elternfragebögen und Bildung von Eltern-Kind-Paaren

Der Ein- bzw. Ausschluss von Elternbögen erfolgte entsprechend dem Vorgehen bei den Kinderfragebögen. Von den 139 Elternfragebögen wurden zunächst Fälle ausgeschlossen, die grundlegende Kriterien nicht erfüllten. Neun Eltern kamen nicht aus den vorgegebenen Zielregionen und ein Elternfragebogen wurde aufgrund eines zu hohen Alters des Kindes ausgeschlossen.

In einem zweiten Schritt wurden Eltern- und Kind-Paare gebildet. Dabei wurden die Fragebögen nach Familiencode und Geschwisterposition „gematcht“. Nach Zufallswahl wurde bei

Vorhandensein mehrerer Datensätze aus einer Familie nur einer in der Untersuchung belassen, damit eine Konfundierung der Ergebnisse verhindert wurde, denn Geschwisterkinder mit ähnlichen Erlebnissen im Exposure Teil hätten das Gesamtergebnis verfälschen können. Es fielen 73 Elternbögen heraus, für die keine entsprechenden Kinderbögen existierten und es fielen 159 Kinderbögen heraus, für die keine entsprechenden Elternbögen existierten. Es verblieben 56 Eltern-Kind-Fragebogenpaare.

In einem dritten Schritt wurden 21 Elternfragebögen aufgrund zu vieler fehlender Angaben in zentralen Teilen des Fragebogens ausgeschlossen. Dies war der Fall, wenn mehr als 10 % der Angaben in folgenden Skalen fehlten: CBCL-Symptomskalen ($n = 8$), Stellung im persönlichen Umfeld ($n = 8$), subjektiver SES ($n = 2$), Family Adversity Index ($n = 3$).

Somit ergab sich nach Anwendung aller Ein- und Ausschlusskriterien eine endgültige Stichprobe von $N = 35$ Eltern-Kind-Fragebogenpaaren.

In den übrigen Skalen wurden fehlende Werte in einzelnen Items in SPSS mit 9 codiert und bei der Mittelwertbildung ausgeschlossen.

Grundlegende Merkmale der Kinderstichprobe sind in Tabelle 2 und 3 dargestellt.

Tabelle 2: *Verteilung der Merkmale Geschlecht, Herkunftsregion und Religion (N = 35)*

Geschlecht	Männlich	54 %
	Weiblich	46 %
Herkunftsregion	Afghanistan	54 %
	Bosnien ^a	29 %
	Kosovo	17 %
Religion	Islamisch	80 %
	Katholisch	9 %

Anmerkung: ^a Enthält zwei Personen aus Kroatien

Tabelle 3: *Aufenthaltsdauer und Alter bei Befragung und Flucht in der Kinderstichprobe (N = 35)*

	M	SD	Min	Max
Alter bei Befragung in Jahren	14,6	1,9	11	18
Alter bei Flucht in Jahren	8,5	3,4	2	15
Aufenthaltsdauer in Deutschland	6,1	3,3	0	11

2.7 Variablen

Aus den formulierten Hypothesen ergeben sich folgende Konstrukte, die untersucht werden: die Stellung im persönlichen Umfeld der Familie, die subjektive Stellung der Familie in

der Gesellschaft (subjektiver SES), der Beschäftigungsstatus von Mutter und Vater (objektiver SES), die Wohnverhältnisse der Familie, die Veränderung der Stellung im persönlichen Umfeld der Familie, die Veränderung der subjektiven Stellung in der Gesellschaft, die Veränderung des Beschäftigungsstatus der Mutter und des Vaters, familiäre Risikofaktoren für psychiatrische Auffälligkeiten bei Kindern sowie psychiatrische Auffälligkeiten beim Kind im Selbst- und im Elternurteil. Der (Flüchtlings-) Literatur und dem Vorgehen in der Hauptuntersuchung (Adam 2006) folgend wurden das Ausmaß an Exposure und die Zufriedenheit der Eltern mit der familiären und beruflichen Stellung, als Maß ihrer sozioökonomisch bedingten emotionalen Belastung, als mögliche Störvariablen erfasst.

2.8 Messinstrumente

Für die Operationalisierung der zu untersuchenden Variablen wurde für jedes Kind bzw. für jeden Jugendlichen und seine Eltern je ein Kinder- und ein Elternfragebogen des „Hamburg Set of Questionnaires for Children Afflicted by War and Persecution“ (Aßhauer und Adam 2001) eingesetzt. Alle Fragebögen lagen in deutscher, albanischer, serbo-kroatischer und afghanischer Sprache (dari) vor. Diese Fragebogenbatterie wurde von der Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihrer Familien der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entwickelt. Für die vorliegende Untersuchung wurden jedoch nicht alle im Gesamtprojekt verwendeten Fragebögen berücksichtigt. Der subjektive und objektive SES wurde über die Eltern erfasst und durch die beiden Skalen der MacArthur Scale of Subjective Social Status (Stellung im persönlichen Umfeld und Stellung in der Gesellschaft, Adler und Stewart 2007) sowie den International Socio-Economic Index of Occupational Status (Ganzeboom und Treiman 1996) operationalisiert. Familiäre Risikofaktoren für die psychische Befindlichkeit der Flüchtlingskinder wurden über den Family Adversity Index (FAI) des Mannheimer Eltern Interviews (Esser et al. 1989) erfasst. Die Wohnverhältnisse der Familien wurden über den Wohnraum-Index des FAI erfasst. Psychische Auffälligkeiten des Kindes wurden sowohl über verschiedene etablierte Selbstbeurteilungsskalen (Childhood PTSD Reaction Index (CPTS-RI, Pynoos et al. 1998), Depression Self Rating Scale for Children (DSRSC, Birleson 1981), Revised Children Manifest Anxiety Scale (RCMAS, Reynolds und Richmond 1978), Children´s Somatization Inventory (CSI, Garber et al. 1991)), als auch über das Elternurteil anhand des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18, (Achenbach 1991) erfasst. Die teststatistischen Kennwerte der einzelnen Skalen wurden im Rahmen des Gesamtprojektes berechnet, welches auf eine größere Stichprobenzahl zurückgreifen konnte. Die einzelnen Instrumente sind in gekürzter Form hier beschrieben und sind ausführlich bei Adam (2006) nachzulesen.

2.8.1 Kinderfragebogenset

Es werden die verschiedenen Skalen des Kinderfragebogens beschrieben. Das Kinderfragebogenset ist in Anhang 7.5 einsehbar.

2.8.1.1 Soziodemographische Informationen

Im ersten Teil des Kinderfragebogens (A Ich und meine Familie) werden Daten zur Person, aktuellen Lebenssituation und Flucht erhoben. Neben Angaben zu Geschlecht, Alter, Nationalität und Religion wird erfragt, mit wem das Kind zusammenlebt (Eltern, Familie und Anzahl der Geschwister) und, falls es nicht mit seinen Eltern zusammenlebt, was es über ihren Verbleib weiß. In den Items 9 bis 12 wird nach dem Fluchtzeitpunkt, ihrem Wohnort vor der Flucht, Rückkehrwünschen bzw. -plänen und dem Gefühl von Bedrohung für sich oder ihrer Familie zum Zeitpunkt der Befragung gefragt.

2.8.1.2 Exposure to War Trauma („Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht“)

Diese Skala wurde von der Arbeitsgruppe „Flüchtlingskinder und ihre Familien“ konstruiert (Adam und Aßhauer 2001) und dient der detaillierten Erfassung der Exposition gegenüber potentiell traumatisierenden Kriegs- und Fluchterlebnissen („Exposure“). Er besteht aus 56 Items, die zum Teil selbst entwickelt wurden und zum Teil auf anderen Fragebögen, wie dem War Trauma Questionnaire (WTQ, Smith et al. 2002), dem Childhood War Trauma Questionnaire (CWTQ) von Macksoud (1992), dem Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C, Ribbe 1996), dem Life Events Questionnaire (LEQ, Mac Ian und Pearlman 1992) und dem Survey of Childrens Exposure to Community Violence (CECV, Richters und Saltzman 1990, adaptierte Version des „Things I have Seen and Heard“ von Richters und Martinez 1990) beruhen.

Die Skala wurde weitgehend dichotom konstruiert, „Ja“-Antworten wurde der Wert 1, „Nein“-Antworten der Wert 0 zugeordnet. Neun Items sind offen zu beantworten und erfragen Schilderungen von Situationen (Nr. 12, 20, 34, 38, 45, 55, 60, 62, 65).

Für die Auswertung wurden die Daten nach inhaltlich-qualitativen Gesichtspunkten zu Subskalen zusammengefasst. Die Durchsicht der aktuellen Literatur zu diesem Themenbereich hatte gezeigt, dass selbst bei der Anwendung unterschiedlicher Exposure-Messinstrumente ähnliche Themenkomplexe gefunden wurden. Eine Faktorenanalyse konnte keine klare Struktur innerhalb des Fragebogens aufdecken bzw. wurden die inhaltlich festgelegten Themenkomplexe lediglich bestätigt. Das entwickelte Auswertungsschema besteht aus sechs übergeordneten Skalen (Opfer von Gewalt, Zeuge von Gewalt, Vertreibung, Verlust

und Trennung, Täterschaft, Schuldgefühle) und insgesamt 11 Subskalen. Die Skalenbildung erfolgte innerhalb der Gesamtstichprobe der Hauptstudie und wurde für die reduzierte Stichprobe dieser Untersuchung übernommen. Der erreichbare Gesamtscore der Skala liegt zwischen 0 und 73 Punkten. Die interne Konsistenz von $\alpha = ,87$ ist sehr hoch. Von den insgesamt 17 übergeordneten und Subskalen zeigten acht gleichfalls hohe interne Konsistenzen von $\alpha > ,70$. In drei Skalen lag das Alpha im mittleren Bereich ($,64 < \alpha < ,70$). In den drei Skalen der Untergruppe „Verlust und Trennungserlebnisse“ war die Reliabilität so gering ($\alpha \leq ,18$), dass keine statistischen Analysen damit vorgenommen werden konnten. Genauere Informationen zur Skalenbildung sind bei Adam (2006) nachzulesen.

2.8.1.3 Childhood PTSD Reaction Index (CPTS-RI)

Der Childhood PTSD Reaction Index, CPTS-RI, wurde von Pynoos et al. (1987) zur Abfrage der PTSD-Kriterien nach DSM III entworfen und von ihnen als Checkliste bei der Untersuchung von Auswirkungen belastender Ereignisse, wie z. B. größeren Katastrophen, Geiselnahmen, Erleben körperlicher Gewalt, Suizid und Mord, eingesetzt.

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Skalen und Items entstammen der revidierten Fassung des CPTS-RI von 1998 (Pynoos et al. 1998). Die Items sind fünfstufig Likertskaliert und reichen von von „gar nicht/niemals“ (none) bis zu „meistens“ (most of the time). Die Items verteilen sich entsprechend der Symptomcluster nach DSM III auf drei Subskalen. Im Folgenden sind die drei Subskalen mit den zugehörigen Items der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Version aufgelistet. Die Skalenbildung und Reliabilitätsanalyse erfolgte auch hier in der Gesamtstichprobe der Hauptstudie (Adam 2006) und wurde auf die Stichprobe dieser Untersuchung übertragen. Die Reliabilitäten der Skalen sind als schlecht bis unakzeptabel zu interpretieren.

- Reexperiencing (5 Items: 2, 3, 5, 6, 18, Score 0-20), erfasst das PTSD-Symptom Wiedererleben (DSM Kriterium B), Reliabilität der Subskala: Cronbachs $\alpha = ,52$.
- (Numbing-) Avoidance (7 Items: 7, 8, 9, 10, 15, 17, 19, Score 0-28), erfasst das PTSD-Symptom Vermeidung (DSM Kriterium C), Cronbachs $\alpha = ,49$.
- Arousal (5 Items: 1, 4, 12, 13, 16, Score 0-20), erfasst das PTSD-Symptom Arousal (DSM Kriterium D), Cronbachs $\alpha = ,55$.

Aus Untersuchungen zur klinischen Validität der CPTS-RI-Werte wurden folgende Richtlinien abgeleitet: Ein Gesamtwert von 12 - 24 deutet auf eine leichte Form von PTSD hin, Werte zwischen 25 und 39 auf eine mäßige Ausprägung, Werte zwischen 40 und 59 auf eine schwere und Werte > 60 auf eine sehr schwere posttraumatische Belastungsstörung hin. Werte über 24 werden bereits als klinisch relevant interpretiert (Frederick 1985, Landolt

et al. 2003). In verschiedenen Stichproben hat sich ein Cut-off-Wert von > 34 als praktikabel zur Diagnosestellung erwiesen (Brymer 2001).

2.8.1.4 Depression Self Rating Scale for Children (DSRSC)

Bei der von Birluson 1981 entwickelten "Depression Self Rating Scale for Children" handelt es sich um ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Depressivität von Kindern. Die Items der Ausgangsversion wurden anhand einer Literaturrecherche zusammengestellt und anschließend an einer Eichstichprobe aus 73 Kindern im Alter von 7 bis 13 Jahren getestet. Die endgültige Skala bestand aus 18 Items. Die Test-Retest-Reliabilität lag bei 0,80 für die gesamte Skala und zwischen 0,65 und 0,95 für die Einzelitems. Die interne Konsistenz lag nach Berechnung mit dem Split-Half-Verfahren bei 0,86. In der Faktorenanalyse zeigte die Skala Ähnlichkeiten mit solchen aus Depressionsmessungen an Erwachsenen (Zung 1965), was für ihre Konstruktvalidität spricht.

In der Gruppe der Depressiven lag der Mittelwert bei 17.65 (SD = 6,44). Es wurden aufgrund der noch kleinen Datenbasis keine eindeutigen Empfehlungen zu Cut-off Werten gegeben, jedoch zeichnete sich ein Wert von ≥ 13 als Grenze zur klinischen Auffälligkeit ab. In nachfolgenden Validierungsstudien ergaben sich unterschiedliche Cut-off Werte, die bei einem Wert ≥ 13 (Asarnow und Carlson 1985) bzw. ≥ 15 (Birluson et al. 1987, Ivarsson et al. 1994) als Cut-off für eine klinisch relevante Depression angegeben wurden. Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf den konservativeren Wert von ≥ 15 . Das Instrument zeigt eine hohe Übereinstimmungsvalidität mit anderen Verfahren zur Depressionsmessung, wie dem Child Depression Inventory (CDI), $r = ,81$ (Asarnow und Carlson 1985) und dem Beck'schen Depressions-Inventar (BDI, Beck 1961), $r = ,79$ (Ivarsson et al. 1994). Der Test wird als ein reliables und valides Instrument zur Depressionsmessung angesehen. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse und die wichtigsten Kennwerte des DSRSC sind in Tabelle 4 abgebildet.

2.8.1.5 Revised Children Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

Die Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) wurde 1956 von Castaneda et al. als Instrument zur Erfassung von Ängsten von Kindern entwickelt. In die Revisionsfassung von Reynolds und Richmond (1978) gehen 37 Items ein.

Die Skala mit der Bezeichnung "What I Think and Feel" enthält 28 Items zur Erfassung von Angstsymptomen und 9 Items, die der Kontrolle zur Antworttendenz im Sinne sozialer Erwünschtheit dienen. Die Items sollen mit "ja" oder "nein" beantwortet werden.

Der Mittelwert für die Angstskala lag bei 13,84 (SD = 5,79). In der varianzanalytischen Auswertung zeigten Mädchen signifikant höhere Werte als Jungen $F(1,283) = 10,87$; $p \leq ,001$. Werte, die weniger als eine Standardabweichung um das arithmetische Mittel streuen, sind aus Sicht der Autoren als normale Variabilität zu betrachten. Entsprechend der Literatur wird ein Cut-off Wert von > 18 als Prädiktor für klinisch bedeutsame Ängstlichkeit (Stallard et al. 2001) bzw. für die Diagnose einer Angststörung (Montgomery und Finch 1974) vorgeschlagen.

Eine ausführlichere Beschreibung des Instruments mit weiteren Kennwerten findet sich bei Adam (2006). Eine Zusammenfassung der wichtigsten Kennwerte der RCMAS findet sich in Tabelle 4.

2.8.1.6 Children's Somatization Inventory (CSI)

Garber et al. (1991) konstruierten mit dem Children's Somatization Inventory (CSI), ein Instrument zur Erhebung von Somatisierungssymptomen bei pädiatrischen Patienten, insbesondere Patienten mit rezidivierenden Unterleibsschmerzen (recurrent abdominal pain, RAP).

Das CSI besteht aus 35 Items, die den Symptomkriterien des DSM III-R und der Hopkins Symptoms Checklist, HSCL (Parloff et al. 1954) entnommen sind und sich auf den Zeitraum der vorangegangenen beiden Wochen vor dem Untersuchungszeitpunkt beziehen. Das Antwortformat besteht aus einer fünffach gestuften Ratingskala (0 = not at all, 1 = a little, 2 = some, 3 = a lot, 4 = a whole lot). Es wird ein Summenwert berechnet, welcher Werte zwischen 0 und 140 annehmen kann.

Im Rahmen zweier Untersuchungen, eine klinische Population und eine Schülerpopulation, wurden Mittelwerte von 22,69 (SD = 14,45) und 19,02 (SD = 17,06), bei internen Konsistenzen von $\alpha = ,90$ bzw. $\alpha = ,91$ und einer Zwei-Wochen-Retest-Reliabilität von ,81 ermittelt (Walker und Garber 2003). Die Konstruktvalidierung ergab positive Korrelationen in Höhe von $r = ,53$ bis $r = ,56$ mit Ängstlichkeit (Trait Anxiety Scale, N-ANX, N = 527, Spielberger 1973) und $r = ,46$ bis $r = ,63$ mit Depressionswerten (Children's Depression Inventory, N-CDI, N = 268, Kovacs 1992, Walker und Garber 2003). Es wurden bisher keine Cut-off-Werte ermittelt und es gibt keine Studien darüber, inwiefern sich mit dem CSI psychiatrische Diagnosen absichern lassen. Im Rahmen der Skalenbildung der Hauptstudie schlug Walker in einer persönlichen Mitteilung an Adam (2006) als rein statistisches Verfahren die Festlegung des Cut-off bei der ersten Standardabweichung oder beim Mediansplit vor. Die Skalenbildung erfolgte in Abstimmung mit Walker im Rahmen der Hauptstudie und ist bei Adam (2006) nachzulesen. Die Items des CSI wurden drei Diagnosevariablen (Schmerzsymptome, gastrointestinale Symptome und pseudoneurologische Symptome)

zugewiesen. Ein Symptom galt als gegeben, wenn der Itemwert bei 2 = "manchmal" oder höher lag. In Tabelle 4 finden sich die Kennwerte zusammengefasst.

Tabelle 4: *Skalen und Kennwerte der Messinstrumente des Kinderfragebogens*

Merkmal	Skala	Anzahl Items	Score	α orig. ¹	α Stichp. ²	Cut-off
PTSD	CPTS-RI Wiedererleben	5	0-20	,52	,83	–
	CPTS-RI Vermeidung	7	0-28	,49	,75	–
	CPTS-RI Arousal	5	0-20	,55	,78	–
	CPTS-RI Gesamtskala	17	0-68	,78	,90	> 34
Depressivität	DSRSC Gesamtskala	18	0-36	,86	,87	> 14
Ängstlichkeit	RCMAS Gesamtskala	28	0-28	,83	,89	> 18
	RCMAS Lügenitems	9	0-9	–	,71	–
Somatisierung	CSI Gesamtskala	35	0-140	,90	,93	7 > 1

Anmerkungen: Die Skalenbildung und Reliabilitätsanalysen wurden in der Gesamtstichprobe der Hauptstudie (N = 215) durchgeführt (Adam 2006, S.136).

CPTS-RI = Childhood PTSD Reaction Index. DSRSC = Depression Self Rating Scale for Children. RCMAS = Revised Children Manifest Anxiety Scale. CSI = Children's Somatization Inventory

¹ Cronbach's Alpha der Originalversion, ² Cronbach's Alpha in der vorliegenden Untersuchung.

Striche bedeuten, dass keine Werte vorliegen oder berechnet wurden.

2.8.1.7 Weitere Skalen

Das Kinderfragebogenset enthält weitere Skalen zur Erfassung der Funktionalität der Eltern in der Wahrnehmung des Kindes auf der Flucht, "Perception of Parental Functioning", (PPF), von Coping, "Schoolager's Coping Strategy Inventory" (SCSI), zur Versöhnungsbereitschaft, "Einstellung gegenüber dem Gegner", und zu einer eventuellen „Retraumatisierung“ und Belastung der Kinder durch das Ausfüllen des Fragebogens, „Wie ich den Fragebogen empfunden habe“. Diese Skalen werden in der Hauptstudie bei Adam (2006) näher beschrieben. Auf zwei Zusatzblättern wird das Kind aufgefordert, ein „Haus-Baum-Mensch-Bild“ sowie eine freie Zeichnung anzufertigen. Die Interpretation dieser Bilder erlaubt im Sinn eines projektiven Testverfahrens weitere psychodiagnostische Schlussfolgerungen.

2.8.2 Elternfragebogenset

Es wird zunächst die Entwicklung des SES-Fragebogens und die hierfür genutzten Instrumente beschrieben und im Anschluss die weiteren Skalen des Elternfragebogens dargestellt. Das Elternfragebogenset ist im Anhang 7.6 einzusehen.

2.8.2.1 Entwicklung des SES Fragebogens

Für die vorliegende Untersuchung wurde das „Hamburg Set of Questionnaires for Children Afflicted by War and Persecution“ (Aßhauer und Adam 2001) um einen Fragebogenteil zur Erfassung des SES ergänzt. Die hierfür ausgewählten Instrumente sollten sowohl den Kriterien der Definition des SES dieser Untersuchung entsprechen (vgl. Kapitel 1.1.2.4) und somit subjektive Aspekte des SES sowie den kombinierten Einfluss objektiver Indikatoren wie Einkommen, Bildung und Beschäftigungsstatus erfassen, als auch international anwendbar sein. Es sollte nach Möglichkeit auf Instrumente zurückgegriffen werden zu denen bereits Erfahrungswerte vorlagen, um die Vergleichbarkeit mit anderen Forschungsergebnissen zu verbessern. Der SES sollte über die Eltern erfasst werden, wie es in der Literatur üblich ist, wenn Kinder ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben, sie noch nicht berufstätig sind und noch über kein eigenes Einkommen verfügen.

Die Sichtung von Veröffentlichungen, in denen der SES in Flüchtlingspopulationen gemessen wurde, bzw. entsprechende Instrumente zur Anwendung in Flüchtlingspopulationen diskutiert wurden zeigte, dass die Mehrheit der Autoren eigene Indizes anhand von Daten über beispielsweise die berufliche Stellung, das Ausbildungsniveau, das zur Verfügung stehende Einkommen, zur Verfügung stehende Konsumgüter oder Wohnverhältnisse, entwickelt hatten (Sundquist 1993, Sundquist et al. 2000, Sack et al. 1986, Marsh 1980, Potocky 1996, Rousseau 1997, Sinnerbrink et al. 1997, Tran 1992, Walton et al. 1997, Mghir und Raskin 1999, Thabet und Vostanis 1998, vgl. auch Tabelle 25). In zwei Untersuchungen fehlten Angaben zum verwendeten Verfahren der SES-Erfassung vollständig (Dohrenwend 2000 und Miller et al. 1994) und nur die Studie von Sack et al. (1995) nutzte ein bereits etabliertes Instrument zur Erfassung des SES (Four Factor Index of Social Status, Hollingshead 1975). Einen Überblick über die für diese Untersuchung infrage kommenden Instrumente gibt Tabelle 5, die auf Teilen einer tabellarischen Übersicht über Möglichkeiten der SES-Erfassung von Liberatos et al. (1988) beruht und um die MacArthur Scale of Subjective Social Status erweitert wurde.

Die dargestellten Instrumente hatten alle ihre Vorzüge und Schwächen. Die Wahl fiel schließlich auf den International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI) von Ganzeboom et al. (1992) zur Messung des „objektiven SES“, da er aufgrund seiner internationalen Anwendbarkeit, seiner leichten Handhabung und klaren Interpretation am besten geeignet schien. Der subjektive SES wurde anhand der MacArthur Scale of Subjective Social Status erfasst, die nach persönlicher Kontaktaufnahme freundlicherweise vom MacArthur Research Network on SES and Health zur Verfügung gestellt wurde.

Tabelle 5: *Ausgewählte Instrumente zur Erfassung des SES*

Messung	Kategorie/Punktwerte	Vorteile	Nachteile
Kompositionsindizes objektiver Indikatoren			
Duncan's Socioeconomic Index (SEI) (Duncan 1961, aktualisiert von Stevens und Featherman 1981, USA)	Punktwerte von 0-99; erhältlich für Zensusdaten von 1950, 70 und 80.	Am meisten genutzt in den Sozialwissenschaften.	Positiv abgeschrägte Verteilung; Originalskala basiert auf Daten männlicher Arbeiter von 1950. Updates wurden ergänzt durch Studien von 1960.
Hollingshead Four Factor Index of Social Status (Hollingshead 1957 und 1975, USA)	Originalpunktwerte von 11-77, unterteilt in 5 Klassen; erhältlich für den Zensus von 1950. Revidierte Punktwerte von 8-66, unterteilt in 5 Klassen; erhältlich für den Zensus von 1970.	Viel genutzt während der 1960er und den frühen 1970er Jahren. Er bemüht sich um eine Verbindung aus sozialen Klassenkategorien und Intervalleinstufung und ist nicht prestigeabhängig.	<u>Original:</u> Basiert auf Zensusdaten von 1950. Keine ausreichende Validierung. Kein Update vorhanden. <u>Revision:</u> Punktwerte berufstätiger Ehepartner werden geteilt. Neue Kategorien erfordern zusätzliche Fragen.
Nam-Powers Socioeconomic Status Score (Nam und Terrie 1986, Nam und Powers 1983)	Punktwerte von 0-100; erhältlich für den Zensus von 1960, 70 und 80	Jeder Punktwert ist als ein kumulatives Perzentil interpretierbar. Daten sind für Männer, Frauen, Afroamerikaner und die gesamte Arbeiterschaft vorhanden. Punktwerte sind normal verteilt.	Nicht ausreichend validiert. Potentiell redundant wenn er in Kombination mit Bildung und Einkommen des Individuums genutzt wird.
International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI) (Ganzeboom et al. 1992, Ganzeboom und Treiman 1996)	Original: 271 Beschäftigungen können Punktwerte von 10-90 annehmen; Revision: 390 Beschäftigungen können Punktwerte von 16-90 annehmen; berücksichtigt werden Bildung, Einkommen und Beschäftigung; Beschäftigung als intervenierende Variable zwischen Bildung und Einkommen.	Relativ modern und international anwendbar, da er auf der International Standard Classification of Occupations (ISCO88) basiert. Gute Leistung im Vergleich zu anderen internationalen Instrumenten. Keine Beziehung zum Prestige vorhanden und klar zu interpretieren. Anwendbar in Ländern unterschiedlichen Industrialisierungsgrades und mit unterschiedlichen politischen Systemen.	Basiert auf Daten vollzeit arbeitender Männer einer eingeschränkten Altersgruppe (21-64 Jahre). Frauenberufe werden dadurch aufgewertet und einige typische Frauenberufe sind nicht repräsentiert.
Subjektive Messungen			
Mac Arthur Scale of Subjective Social Status (Adler und Stewart 2007, MacArthur Research Network on Socioeconomic Status and Health)	Zwei Varianten einer Skala, mit Punktwerten von 1 bis 10. Stellung in der Gesellschaft (subjektiver SES); Selbsteinschätzung anhand objektiver Indikatoren. Stellung im persönlichen Umfeld: keine Vorgabe der Indikatoren.	Starke Beziehung des subjektiven SES zur Gesundheit und international einsetzbar.	Relativ neues Instrument und nicht ausreichend validiert.

Quelle: In Anlehnung an Liberatos et al. 1988, S.92-94

Der SES-Fragebogen besteht aus vier Teilen und ist im Anhang 7.6 einzusehen (Aßhauer et al. 2002). Der erste und zweite Teil richtet sich an die Familie und erfragt den subjektiven SES und die Stellung im persönlichen Umfeld (Community) in Deutschland (I.) sowie retrospektiv im Heimatland (II.). Der dritte Teil erfasst den ISEI der Mutter für den erlernten Beruf

sowie die längste ausgeübte Tätigkeit in Deutschland und im Heimatland (III.), der vierte Teil den jeweiligen ISEI des Vaters (IV.).

Zusätzlich wird die Wohnsituation für Deutschland und das Heimatland anhand des Index zur Beurteilung beengter Wohnverhältnisse aus dem Family Adversity Index (FAI) des Mannheimer Elterninterview (Esser et al. 1989) als mögliches alternatives Maß des SES erfasst. In der Literatur wurden wiederholt Aspekte des Lebensstandards und der Wohnsituation zur Messung des SES herangezogen (Sundquist 1993, Lewis et al. 1998, Lempers und Clark-Lempers 1990, Wahrheit et al. 1996). Der Wohnraum Index beinhaltet Fragen zur Größe der Wohnung in m², der Anzahl zur Verfügung stehender Räume und der dort ständig lebenden Personen. Leben mehr als 1,4 Personen pro Raum gilt der Wohnraum als beengt. Bei ausreichender Augenscheinvalidität wäre der Wohnraum Index ein leicht zu ermittelnder SES-Indikator für mögliche Folgestudien.

Alle erhobenen Indikatoren werden durch Fragen nach der Zufriedenheit mit dem jeweiligen Indikator (0 = nicht, 1 = wenig, 2 = mittel, 3 = ziemlich, 4 = sehr) ergänzt. Dies wurde gemacht, um mögliche Zusammenhänge zwischen SES, Zufriedenheit der Eltern und psychischer Befindlichkeit der Kinder erfassen zu können. Die Reihenfolge der Fragen wurde nach Gesichtspunkten festgelegt, die eine möglichst geringe Beeinflussung der Eltern in ihren Antworten durch vorangehende Fragen versprach.

2.8.2.2 MacArthur Scale of Subjective Social Status

Die MacArthur Scale of Subjective Social Status ist Teil eines soziodemographischen Fragebogens („Sociodemographic Questionnaire“), der vom MacArthur Research Network on Socioeconomic Status and Health entwickelt wurde (Adler und Stewart 2007). Sie soll die Wahrnehmung eines Individuums von seiner Stellung in der Gesellschaft erfassen. In einem Bild ist eine einfache gezeichnete zehnstufige „soziale Leiter“ dargestellt. Der Befragte wird gebeten, ein Kreuz auf die Sprosse zu setzen, auf der er zu stehen meint. Es gibt zwei Varianten der Leiter. Auf der „Community-Leiter“ soll der subjektive Status bzw. das soziale Ansehen einer Person in seinem persönlichen Umfeld, d. h. im Verwandtschafts- und Bekanntenkreis, in der Nachbarschaft, in Vereinen und Gruppen, etc. eingeschätzt werden. Auf der „SES-Leiter“ schätzt der Befragte seine Stellung anhand objektiver Indikatoren wie Einkommen, Beruf und Bildung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung des Landes ein. Es können jeweils Punktwerte zwischen eins und zehn erreicht werden. Die SES-Leiter ist eine Summenmessung des sozialen Status, wobei die verschiedenen Indikatoren vom Befragten individuell gewichtet werden und so ein tieferes Verständnis des Befragten über seinen Stand in Bezug auf einen bestimmten Indikator reflektieren können.

Idealerweise werden aus Sicht der Autoren beide Leitern genutzt, da die erfassten Unterschiede zwischen den beiden Leitern besonders in ärmeren Gemeinden von Interesse sein können, in denen Individuen nach objektiven SES-Indikatoren einen niedrigen Stand haben, jedoch großes Ansehen innerhalb sozialer Gruppen genießen (Adler und Stewart 2007).

Zum Zeitpunkt der Studienplanung 2000 war das Instrument noch nicht ausreichend validiert, besaß jedoch „Augenscheinvalidität“ (Adler et al. 2000, Ostrove et al. 2000) und wurde seitdem in zahlreichen Studien eingesetzt. Die SES-Leiter zeigte enge Beziehungen zu objektiven SES-Indikatoren (Singh-Manoux et al. 2003) und es konnten hohe Korrelationen zwischen Community- und SES-Leiter ($r = 0,78$) nachgewiesen werden (Goldman et al. 2006). Der Zusammenhang von subjektivem SES und Gesundheit konnte in verschiedenen Populationen und für verschiedene Gesundheitsindikatoren nachgewiesen werden (vgl. Adler und Stewart 2007). In einigen Studien zeigte der subjektive SES sogar eine stärkere Beziehung zur Gesundheit als objektive SES-Indikatoren und blieb auch dann signifikant, wenn objektive Indikatoren in das analytische Modell einbezogen wurden (Adler et al. 2000, Ostrove et al. 2000, Singh-Manoux et al. 2003). Es gibt Hinweise darauf, dass sich der Zusammenhang der Leitern mit der Gesundheit zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen unterscheidet (Ostrove et al. 2000).

2.8.2.3 International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI)

Der International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI) von Ganzeboom et al. (1992) basiert auf 31 Umfragen zur Schichtenbildung und sozialen Mobilität aus den 1960er bis 80er Jahren, die in 16 verschiedenen Ländern durchgeführt wurden. Die Analyse beruht auf Daten über Bildung, Beschäftigung und Einkommen von 73.901 vollzeitbeschäftigten männlichen Erwerbstätigen im Alter von 21 bis 64 Jahren. Die Beschäftigungen wurden anhand der International Standard Classification of Occupations (ISCO-68) codiert. Als Bildungsvariable wurden die Jahre der Schulbildung logarithmisch transformiert, um eine Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Ländern zu erreichen. Für vergleichbare Einkommensmessungen zwischen den Ländern wurde das Einkommen jedes Landes logarithmisch transformiert und in z-Scores umgewandelt. Zusätzlich wurde das Skalierungsmodell auf Alterseffekte kontrolliert. Es resultierte eine metrische Skala, die Werte zwischen 10 und 90 annehmen kann. 1988 wurde die ISCO aktualisiert und überarbeitet. Im Rahmen dessen wurde auch der ISEI angepasst. Die Berufskategorien wurden spezifiziert und erweitert. Die Werte des ISEI liegen nun zwischen 16 und 90 (Ganzeboom und Treiman 1996).

Grundlage des ISEI ist ein Statuserwerbsmodell, bei dem das Einkommen als Maß wirtschaftlichen Wohlstands und Indikator unterschiedlicher Lebensbedingungen, an zentraler Stelle steht, und Bildung und Beruf individuelle Ressourcen sind, die zum Erwerb von Arbeitseinkommen eingesetzt werden. Die Indexbildung des ISEI basiert auf der von Duncan formulierten Annahme, dass die Beschäftigung als intervenierende Variable zwischen Bildung und Einkommen fungiert. Die Ausbildung qualifiziert eine Person für das Berufsleben und durch die Ausübung eines Berufs wird in der Folge Einkommen erzielt (Duncan 1961). Ganzeboom und Treiman erweiterten diesen Gedanken für die Konstruktion des ISEI. Sie verstanden den ISEI als Messung der Eigenschaften einer Beschäftigung, die die Ausbildung einer Person in Einkommen umwandeln. Durch die optimale Skalierung der ISEI-Scores sollen die Scores den Berufseinheiten so zugeordnet werden, dass der indirekte Effekt der Bildung auf das Einkommen durch den Beruf maximiert und der direkte Effekt der Bildung auf das Einkommen ohne den Beruf (mit beiden Effekten ohne das Alter) minimiert wird (Ganzeboom und Treiman 2003, S. 171).

Der ISEI ist ein international anwendbares Instrument zur Messung des Beschäftigungsstatus, der im Gegensatz zu Prestigemessungen eine klare Interpretation der Werte bietet. Die Nutzung des ISCO gewährleistet eine große Vielfalt an international vergleichbaren Berufstiteln, die auch in nationalen Klassifikationen Verwendung finden. Aufgrund der Datenbasis des Index, die auf einer Vielzahl von Ländern mit unterschiedlichem politischen und kulturellen Hintergrund sowie verschiedenen Industrialisierungsgraden beruht, ist seine Anwendung in Ländern verschiedenen politischen und kulturellen Hintergrundes bedenkenlos möglich. Der ISEI wurde in verschiedenen internationalen Studien genutzt, wie z. B. der PISA-Studie (Baumert et al. 2001), Analysen der Europäischen Arbeitskräftestichproben (Handl und Steinmetz 2003, Kogan und Müller 2003, Müller und Gangl 2003) oder von der ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) bei den Mikrozensusdaten seit 1996 (Schimpl-Neimanns 2004). Eine Schwäche des ISEI liegt in dem Ausschluss weiblicher Erwerbstätiger aus der Datenbasis. Dadurch wurden einige Frauenberufe nicht berücksichtigt und andere typische Frauenberufe aufgrund der relativen Mindervergütung von Frauen gegenüber Männern in vergleichbarer Position überbewertet. Dennoch empfehlen die Autoren die Nutzung des ISEI auch für Frauen. Arbeitslose oder Hausfrauen können mit dem ISEI nicht erfasst werden. Der ISEI unterscheidet nicht zwischen Selbständigkeit und Angestelltenverhältnis. Haushaltszusammenhänge wie z. B. die gemeinsame Wirtschaftsführung bleiben im ISEI unberücksichtigt.

ISEI-Werte werden generiert, indem Berufe zunächst in die ISCO-88 kodiert und in einem zweiten Schritt in den ISEI recodiert werden. Im ISCO-88 werden die erfassten Beschäftigungen hierarchisch entsprechend dem Ausmaß, in dem sich ihre Aufgaben und Pflichten

ähneln, zu Berufen zusammengefasst. Verschiedene Berufe werden aufgrund ihres Komplexitätsgrades, und dem Gebiet, auf dem Kenntnisse notwendig sind, auf verschiedenen Hierarchieebenen in relativ ähnlichen Kategorien zusammengefasst (Elias und Birch 1994). Die ISCO-88 legt vier Gliederungsebenen fest, bestehend aus: 10 Berufshauptgruppen, 28 Berufsgruppen, 116 Berufsuntergruppen und 390 Berufsgattungen.

Waren in der vorliegenden Untersuchung Berufsangaben zu ungenau, um sie im ISCO-88 zu codieren wurden Angaben aus anderen Fragebogenteilen zur genaueren Spezifizierung hinzugezogen, wie beispielsweise Angaben zum erlernten Beruf oder zum höchsten Schul- oder Bildungsabschluss.

2.8.2.4 Vortest

Um den für die vorliegende Studie neu zusammengestellten SES-Fragebogen (Aßhauer et al. 2002) vor der Übersetzung auf mögliche Verständnisschwierigkeiten zu überprüfen, wurde im Oktober 2001 ein Vortest an einer kleinen Stichprobe von Patienten aus der Ambulanz für Flüchtlingskinder durchgeführt. Danach wurde der Fragebogen dahingehend geändert, dass nicht wie ursprünglich vorgesehen das Familienoberhaupt den Fragebogen zum subjektiven SES und zur Stellung im persönlichen Umfeld beantwortete, sondern die Frage offen an die Eltern gerichtet wurde. Hintergrund hierfür war, dass das Familienoberhaupt, welches als diejenige Person definiert war, die das Familieneinkommen sichert, bzw. im Heimatland gesichert hatte, sich zwischen dem Heimatland und Deutschland, z. B. durch Veränderung der Familienzusammensetzung, unterscheiden konnte. Außerdem gab es die Rückmeldung, dass die Einschätzung des subjektiven Status für das Familienoberhaupt nicht unabhängig von der Familie vorzunehmen sei, da beispielsweise die Stellung in Deutschland zwar niedriger sei als im Heimatland, es jedoch der Familie aufgrund besserer ärztlicher Versorgung und eines regelmäßigen Schulbesuchs der Kinder besser ginge. Der subjektive SES bzw. die Stellung im persönlichen Umfeld im Heimatland bezieht sich nun auf den am längsten vorherrschenden Zustand. Einige Familien hatten vor der Flucht einen Abstieg im SES erlebt, nachdem dieser vorher lange stabil gewesen war. Zum besseren Verständnis wurden die Stufen der Leiter nummeriert und Bilder eingefügt, die bei der Frage nach dem persönlichen Umfeld eine kleine dicht beieinanderstehende Menschengruppe und bei der Frage nach ganz Deutschland den Umriss einer Deutschlandkarte mit vielen Personen zeigt. Die Antwortmöglichkeiten der übrigen Fragen wurden nummeriert.

2.8.2.5 Soziodemographische Information

Wie beim Kinderfragebogen werden in Teil A des Elternfragebogens allgemeine Daten zur Lebenssituation des Kindes erhoben. In Teil B werden Angaben zur Wohnsituation erfragt,

d. h. Art der Wohnung (Erstversorgungseinrichtung, eigene Wohnung, etc), Wohnfläche sowie Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis der Personen in der Wohnung. In Teil C („Ehemalige Wohnsituation und Flucht“) werden Informationen über die Größe des Heimatwohortes, zum Zeitpunkt des Verlassens des Wohnortes bzw. des Landes und darüber, ob die Eltern in ihr Herkunftsland zurückkehren wollen, erfragt. In Teil D werden mögliche Probleme in der Entwicklung des Kindes während der Schwangerschaft, unter der Geburt und im ersten Lebensjahr erfragt. Teil E erfasst Verhaltensauffälligkeiten während des Kindergartens, der Vorschule und der Schule und Teil F stellt Fragen über die seelische, körperliche und geistige Gesundheit des Kindes und seiner Familie in den letzten sechs Monaten und der Zeit davor.

2.8.2.6 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18)

Die Skalenbildung und Reliabilitätsprüfung der Elternfragebögen erfolgte ebenfalls anhand der Gesamtstichprobe in der Hauptstudie. Die Elternstichprobe der Hauptstudie bestand nach Ausschluss von Fällen aus 36 Elternpaaren (Adam 2006). Der Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) ist die deutsche Fassung (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998) der „Child Behavior Checklist (CBCL) for ages 4-18“ (Achenbach 1991), die bereits in einer Vielzahl von Studien verwendet wurde. Anhand der Einschätzung der Eltern werden im ersten Teil des Fragebogens die psychosozialen Kompetenzen des Kindes und im zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatischen Beschwerden des Kindes, bezogen auf die letzten sechs Monaten vor dem Untersuchungszeitraum, erfasst. Der Fragebogen ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren entwickelt worden. Die Items des ersten Teils umfassen drei Kompetenzbereiche (Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule). Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet (dreistufiges Antwortformat: 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas/manchmal zutreffend, 2 = genau/häufig zutreffend). Aus den Skalen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich/depressives Verhalten wird die übergeordnete Skala internalisierende Auffälligkeiten gebildet. Aus den Skalen dissoziales Verhalten und aggressives Verhalten wird die übergeordnete Skala externalisierende Auffälligkeiten gebildet. Die verbleibenden drei Skalen erfassen soziale Probleme, schizoid/zwanghafte Auffälligkeiten und Aufmerksamkeitsprobleme und sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet. Insgesamt sind 33 Items keiner Skala zugeordnet,

fließen aber gemeinsam mit den anderen Items in den 118 Items umfassenden Summenscore (Gesamtproblemwert) ein.¹

Die deutsche Normierung erfolgte an einer repräsentativen Eichstichprobe, im Rahmen derer 2.856 Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren die deutschsprachige Fassung der CBCL beantworteten (Döpfner et al. 1998). Alters- und geschlechterspezifische Prozentränge, T-Werte sowie Grenzwerte für psychische Unauffälligkeit, Grenzwertigkeit und Auffälligkeit stehen für Jungen und Mädchen im Alter von 4 bis 11 und von 12 bis 18 Jahren zur Verfügung. Die deutschen Normgrenzen sind etwas niedriger als die amerikanischen; für Cut-offs und Übergangsbereiche gelten jedoch die gleichen T-Werte. Für die acht Problemskalen gelten Werte mit einem T-Wert ≥ 70 (entspricht Prozentrang > 98) als klinisch auffällig. T-Werte zwischen 67 und 70 wurden als Grenzbereich von unauffälligen zu auffälligen Werten definiert. Für die beiden übergeordneten Syndrom-Skalen und für den Summenscore wurde der Cut-off für klinische Auffälligkeit bei einem T-Wert von 63 (Prozentrang $> 90,3$) festgelegt und der Übergangsbereich zwischen den T-Werten 60 und 63 bestimmt (Achenbach 1991a, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998). Nach den deutschen Ergebnissen befinden sich etwa 13 % der auf der Gesamtauffälligkeitsskala der CBCL auffälligen Kinder und Jugendlichen (Prozentrang (PR) > 84) in Behandlung, und 17 % dieser auffälligen Kinder werden als stark problembelastet eingeschätzt.

Eine Vergleichsstudie, in der die CBCL in 12 verschiedenen Kulturen 13.697 Kinder und Jugendliche testete kam zum Ergebnis, dass gleiche Ergebniswerte von Kindern aus verschiedenen Kulturen den gleichen Aussagewert haben (Crijnen et al. 1999).

2.8.2.7 Family Adversity Index (FAI)

Der von Rutter im Rahmen der Isle-of-Wight-Studie entwickelte Family Adversity Index, FAI, (Rutter et al. 1976) ist ein Instrument zur Erfassung familiärer Risikofaktoren und besteht aus sechs Items, nämlich: niedriges Einkommen, beengte Wohnverhältnisse, mütterliche Depression, Delinquenz des Vaters, elterliche Konflikte und Fremdunterbringung des Kindes. Nach Rutter et al. (1976) vervierfacht sich das Risiko für auffälliges Verhalten beim Kind bei Vorliegen von zwei Risikofaktoren. Eine leicht veränderte Form des FAI wurde in das Mannheimer Elterninterview integriert (Esser et al. 1989) und in der vorliegenden Studie verwendet. Die Skala besteht aus fünf Items: a) Haushaltsvorstand ungelernt oder angelernt, b) beengte Wohnverhältnisse (Anzahl der Personen geteilt durch Anzahl der Räume

¹ Item 2 (Allergie) und Item 4 (Asthma) gehen nicht in den Gesamtwert ein, weil sie in den amerikanischen Studien nicht zwischen klinischen und Feldstichproben differenzierten.

> 1,4), c) Streiten/Disharmonie oder alleinerziehender Elternteil, d) psychische Auffälligkeit der Mutter (bzw. der weiblichen Hauptbezugsperson) oder des allein erziehenden Vaters, e) Delinquenz des Haushaltsvorstandes (Verwicklung in ein Strafverfahren).

Jedes mit „ja“ beantwortete Item wird mit einem Punkt bewertet und die Summe berechnet. Null bis ein Punkt gelten als keine oder leichte Belastung der Familie; zwei oder mehr Punkte werden als erhebliche Belastung bewertet. In der vorliegenden Arbeit wurde der Reihenmittelwert eingesetzt, wenn nicht mehr als eine Angabe fehlte. Bei mehr als einem fehlenden Wert wurde der jeweilige Datensatz aus den Analysen ausgeschlossen.

2.8.2.8 Weitere Skalen

Das Elternfragebogenset enthält weitere Skalen, die in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt wurden. Hierzu gehören die Skala zur Erfassung des Akkulturationsverhaltens (Aßhauer et al. 2002) und der „Familienkrisenfragebogen“ zum familiären Coping (Family Crisis Oriented Personal Scales, F-COPES, McCubbin et al. 1981). Die beiden Instrumente werden bei Adam (2006) näher beschrieben.

2.8.3 Übersetzung der Messinstrumente

Zu Behandlungen von Patienten, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, zieht die Ambulanz für Flüchtlingskinder am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) registrierte Dolmetscher hinzu. Einige sind zertifizierte Dolmetscher bei Gericht und einige haben sich als Dolmetscher in der Psychiatrie weitergebildet. Für die Übersetzung der Messinstrumente wurden ausschließlich in der Ambulanz für Flüchtlingskinder bekannte und vom Untersuchungsleiter als erfahren im Umgang mit Patienten eingestufte Dolmetscher eingesetzt.

Alle Messinstrumente lagen in deutscher Sprache vor und wurden dann ins Bosnische, Albanische und in Dari übersetzt. Ein zweiter Dolmetscher übersetzte anschließend die Instrumente wieder ins Deutsche. In Gesprächen mit dem Untersuchungsleiter und den beiden Dolmetschern wurden Abweichungen von der deutschen Originalversion diskutiert und eine Lösung im Konsens entschieden.

2.8.4 Ausschluss von Ausreißerwerten

Um eine mögliche Verfälschung der Ergebnisse durch extreme Ausreißerwerte der abhängigen Variablen zu vermeiden wurden die einzelnen Fälle daraufhin überprüft. Bei einem Jungen lagen die Werte der CBCL im Mittel um 232 % über der Standardabweichung der

Variablen. Der Ausschluss des Falles führte jedoch zu keinen grundlegenden Veränderungen der Zusammenhänge von SES und familiärer Stellung mit Psychopathologien der Kinder im Selbst- und Elternurteil und hatte keine Konsequenzen bzgl. der Annahme oder Ablehnung der Hypothesen. Auch mit dem Exposure-Fragebogen ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen, so dass für diese Arbeit weiterhin die Gesamtstichprobe berücksichtigt wird. Eine Übersicht über die Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten und den Exposure-Fragebogen nach Ausschluss des Falles finden sich in den Tabelle 19 bis 21 im Anhang 7.4.

2.8.5 Datenanalyse

Die gewonnenen Daten wurden mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences for Windows“ (SPSS) ausgewertet. An univariaten deskriptiven Kennwerten wurde der Mittelwert (M), der Median (MD), die Standardabweichung (SD), Minimum und Maximum (Min, Max) und Differenzwerte (Diff) berechnet. Eine Verschlechterung der Stellung bzw. Zunahme an Risikofaktoren wurde durch die Differenz der Ergebnisse für die Situation im Heimatland und in Deutschland berechnet. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden bivariate deskriptive Kennwerte berechnet. Je nach vorliegendem Skalenniveau wurden die entsprechenden Korrelationskoeffizienten berechnet (Produktmomentkorrelation nach Pearson oder Rangkorrelationen nach Spearman). In Tabelle 6 sind die Einstufungen des Korrelationskoeffizienten nach Zöfel (2002) dargestellt.

Tabelle 6: *Einstufung des Korrelationskoeffizienten*

Korrelationskoeffizient		Einstufung
$r \leq$	0,2	Sehr geringe Korrelation
0,2 <	$r \leq$ 0,5	Geringe Korrelation
0,5 <	$r \leq$ 0,7	Mittlere Korrelation
0,7 <	$r \leq$ 0,9	Hohe Korrelation
0,9 <	$r \leq$ 1	Sehr hohe Korrelation

Quelle: Zöfel 2002, S. 120

Das α -Niveau betrug bei zweiseitiger Testung ,05 und ,025 bei einseitiger Testung. Sofern der deskriptive Korrelationskoeffizient bereits ein erwartungswidriges Vorzeichen aufweist darf aufgrund der gerichteten Formulierung der Hypothesen nicht mehr auf Signifikanz geprüft werden. Alle Skalen wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf signifikante Abweichungen zur Normalverteilung überprüft. Sofern keine Normalverteilung in einzelnen Skalen vorlag und die Stichprobengröße größer gleich 30 war, wurde trotzdem aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes Normalverteilung angenommen.

Der (Flüchtlings-) Literatur und dem Vorgehen in der Hauptuntersuchung (Adam 2006) folgend wurde der Exposure als Störvariablen angenommen. Nach Berechnung des Zusammenhangs von Exposure und kindlichen Psychopathologien im Elternurteil (CBCL) ergaben sich jedoch keine bedeutsamen Zusammenhänge (Summenscore $-,232 < r < ,021$). Auch bei den Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten fanden sich keine bedeutsamen Korrelationen mit Exposure ($,072 < r < ,339$). Alle untersuchten Korrelationen wurden bis auf eine Ausnahme (PTSD Kriterium B Wiedererleben, $r = ,339^*$) nicht signifikant, so dass auf die Herauspriorisierung von Exposure, auch in Anbetracht der sehr kleinen Stichprobe für die objektiven SES-Indikatoren verzichtet wurde.

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass sich die Belastung der Eltern im Zusammenhang mit sozioökonomischen Krisen negativ auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder auswirkt. Daher wurde die Zufriedenheit der Eltern mit der familiären und beruflichen Stellung als Maß ihrer sozioökonomisch bedingten emotionalen Belastung als Störvariable erfasst. Die Berechnung der Zusammenhänge elterlicher Zufriedenheit mit der familiären Stellung im Heimatland und in Deutschland ergab jedoch ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Elternurteil (CBCL-Summenscore Heimat $r = -,202$ und Deutschland $r = ,070$) und im Selbsturteil ($-,171 < r < ,114$). Auch für die Zufriedenheit von Vätern und Müttern mit ihrer Beschäftigung im Heimatland und in Deutschland ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Elternurteil (CBCL-Summenscore $-,178 < r < ,001$) und mit den Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten ($-,360 < r < ,271$). Alle untersuchten Korrelationen wurden bis auf die Zusammenhänge von Zufriedenheit der Mütter mit ihrer Beschäftigung im Heimatland und selbstberichteter Depressivität ($r = -,326^*$) sowie der Zufriedenheit der Mütter mit ihrer Beschäftigung in Deutschland und dem PTSD-Kriterium D (Arousal, $r = -,360^*$) und Somatisierungsbeschwerden ($r = -,341^*$) der Kinder und Jugendlichen im Selbsturteil nicht signifikant. Auch die Abnahme elterlicher Zufriedenheit (Differenzvariable) mit der familiären Stellung oder ihrer Beschäftigung ergab keine signifikanten Korrelationen mit dem CBCL-Summenscore ($-,225 < r < ,112$) und auch nicht mit den Selbstbeurteilungsskalen kindlicher Psychopathologien ($-,291 < r < ,185$), so dass auch auf die Herauspriorisierung von elterlicher Zufriedenheit verzichtet wurde.

3 Ergebnisse

Es werden zunächst die deskriptiven Ergebnisse des Kinderfragebogens und anschließend die des Elternfragebogens dargestellt. Die Darstellung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung orientiert sich an der Reihenfolge der Hypothesen, beginnend mit dem Zusammenhang von SES in der Heimat und im Exil mit der psychischen Gesundheit der Flüchtlingskinder und darauf folgend der Zusammenhang von Veränderungen des SES mit der psychischen Gesundheit der Flüchtlingskinder. Abschließend werden Zusammenhänge von FAI, Wohnraum und Zufriedenheit der Eltern mit der psychischen Gesundheit der Kinder dargestellt.

3.1 Deskriptive Analysen des Kinderfragebogens

Zunächst wird das Ausmaß erlebter Gewalt und im Anschluss daran die Ergebnisse der Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten der Kinder im Selbsturteil dargestellt.

3.1.1 Ausmaß von Gewalterlebnissen

In diesem Fragebogen werden Erlebnisse abgefragt, die viele von den in Hamburg lebenden Flüchtlingskindern in ihrer Heimat hatten. Von den 35 untersuchten Kindern gaben allein 32 (94 %) an, aus dem Heimatort geflüchtet zu sein und 21 (62 %) haben erleben müssen, dass Soldaten in ihre Wohnung bzw. ihr Haus eingedrungen sind. Viele Kinder wurden Zeuge von Gewaltanwendungen an Sachen, z. B. der Plünderung ihres zu Hause ($n = 23$, 70 %) oder der Beschädigung oder Zerstörung ihres zu Hauses durch Bomben und Granaten ($n = 18$, 51 %). Mehr als die Hälfte der Kinder wurde Zeuge von Gewaltanwendungen an Menschen. 23 Kinder (68 %) sahen im Krieg schwer verletzte Menschen und 19 Kinder (56 %) mussten miterleben, wie eine nahestehende Person verletzt wurde. Auch Verlust und Trennung war für viele der untersuchten Kinder eine häufige Erfahrung. 14 Kinder (40 %) verloren einen Verwandten im Krieg und 19 (59 %) hatten noch während der Flucht große Angst um die Sicherheit von Verwandten oder Freunden. Fast die Hälfte der Kinder (19 bzw. 49 %) sah Leichen und acht Kinder (26 %) waren sogar Zeuge von Massakern. Hervorzuheben ist auch die hohe Zahl der Kinder, die Todesangst hatten. 17 Kinder (50 %) waren überzeugt, schwer verletzt oder getötet zu werden und fünf Kindern (15 %) wurde direkt gedroht, dass sie jetzt getötet oder verletzt würden. Acht der Kinder (24 %) mussten erleben, dass nahe Bezugspersonen eine Waffe benutzten und vier (12 %) gaben an, selbst an Gewalttaten teilgenommen zu haben. Zwei Kinder (6 %) fühlten sich verantwortlich für den Tod anderer Menschen. Eine Übersicht über die Zustimmungshäufigkeit

der einzelnen Items des „Exposure to War“-Fragebogens findet sich in Tabelle 14 im Anhang 7.1.1.

In Tabelle 7 sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Min- bzw. Maximalwerte der Ober- und Subkategorien sowie des Gesamtsummenwertes des Fragebogens aufgeführt. Die jeweiligen Werte für Jungen und Mädchen sind Tabelle 15 im Anhang 7.1.2 zu entnehmen. Insgesamt waren Jungen und Mädchen in etwa gleich viel Exposure ausgesetzt gewesen. Jungen zeigten nur leicht höhere Werte im Summenscore des Exposure-Fragebogens (m: 20,95; f: 19,06) und den meisten Subkategorien als die Mädchen. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Tabelle 7: *Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens (N = 35)*

Kategorien	M	SD	Min	Max
Opfer von Gewalt insgesamt	3,54	3,06	0	13
Gefahr und Bedrohung	1,63	1,44	0	5
Todesangst	1,91	1,88	0	8
Zeuge von Gewalt insgesamt	6,8	4,19	0	15
Zeuge von Gewaltanwendungen an Sachen	1,71	1,18	0	3
Zeuge von Gewaltanwendungen an Menschen	2,77	2,14	0	7
Zeuge von Gewaltanwendungen an nahestehenden Personen	2,31	1,97	0	5
Verlust des Zuhauses, Vertreibung, Flüchtlingsdasein	5,0	2,14	1	9
Verlust und Trennung insgesamt	3,89	3,72	0	15
Verlust von nahestehenden Personen	2,26	3,07	0	10
Trennung von nahestehenden Personen	1,63	1,8	0	6
Täterschaft insgesamt	0,80	1,53	0	7
Eigene Gewaltanwendung	0,17	0,45	0	2
Gewaltanwendung wichtiger Bezugspersonen	0,63	1,24	0	5
Schuldgefühle	0,06	0,24	0	1
Summenscore Exposure	20,09	10,29	1	45

3.1.2 Psychopathologische Auffälligkeiten im Selbsturteil

In Tabelle 8 sind deskriptive Stichprobenkennwerte der Skalen zur psychopathologischen Auffälligkeit im Selbsturteil der Kinder angegeben sowie die Prozentzahl derjenigen Kinder, die über dem Cut-off liegen. Schon der Mittelwert dieser nicht klinischen Stichprobe lag beim PTSD Gesamt-Summenwert (19,37) in dem Bereich (12-24) der auf eine leichte Form der PTSD hinweist. Noch 14,4 % der Kinder lagen über dem Cut-off für die Diagnose PTSD. 14,5 % der Kinder lagen über dem Cut-off (≥ 15) für Depression, klinisch relevante depressive Symptome (Cut-off ≥ 13) zeigten 23,1 % der Kinder, 8,7 % erfüllten die Kriterien für

eine Angststörung. Erstaunlich hohe Werte ergaben sich für Somatisierungsstörungen. Fast die Hälfte der Kinder (40,6 %) lag über dem Cut-off, der bei einer Standardabweichung vom Mittelwert festgelegt wurde.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik der Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten (N = 35)

Skala	M	SD	Min	Max	% über Cut-off Gesamt (N = 35)
PTSD Gesamt-Summenwert	19,37	11,68	3	50	14,4
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B	6,00	4,67	0	19	n.a.
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C	7,46	4,64	0	15	n.a.
PTSD Arousal DSM Kriterium D	5,91	4,28	0	17	n.a.
Depressivität: Summenwert	9,63	5,68	1	24	14,5
Ängstlichkeit: Summenwert	10,86	5,75	0	22	8,7
Somatisierung: Summenwert	15,63	13,22	2	55	40,6

Anmerkungen: ^a bei Cut-off ≥ 13 . n.a. = keine Cut-off-Werte vorhanden

Wie man Abbildung 1 entnehmen kann gaben Mädchen mehr Angststörungen und depressive Symptomatik an als die Jungen, während mehr Jungen den Cut-off für eine PTSD-Diagnose erreichten, als Mädchen. Der Anteil an Somatisierungsstörungen war in beiden Gruppen sehr hoch. Insgesamt zeigten sich im T-Test jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbsturteil zwischen Jungen und Mädchen.

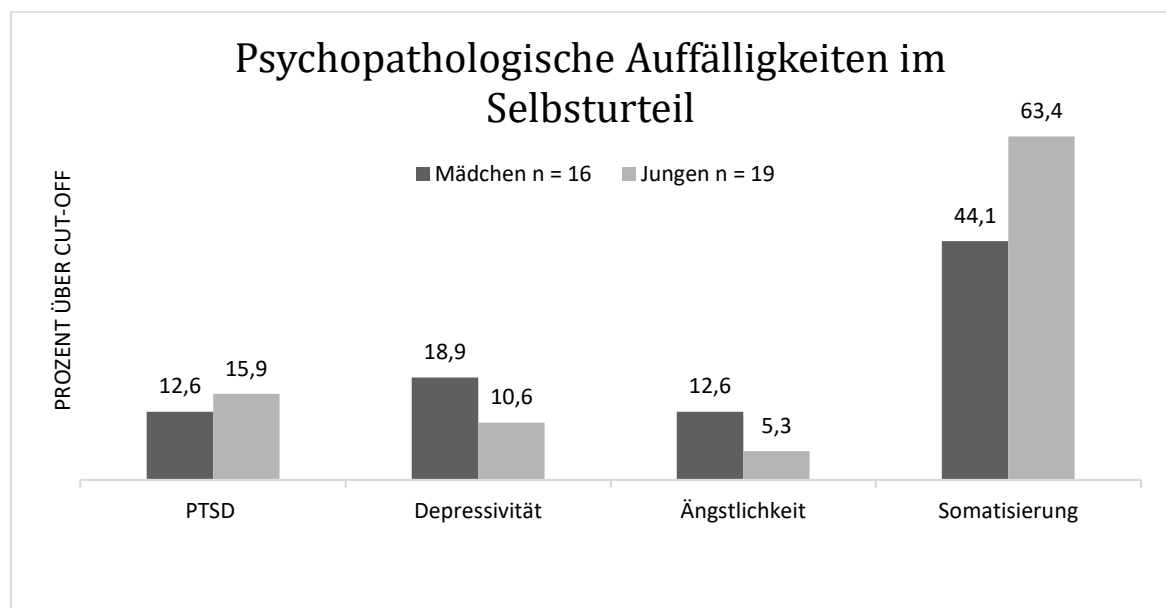


Abbildung 1: Psychopathologische Auffälligkeiten im Selbsturteil der Flüchtlingskinder

Die Flüchtlingskinder gaben mit zunehmendem Alter mehr Angstsymptome ($r = ,304^*$) und mehr Somatisierungsbeschwerden ($r = ,306^*$). Alle Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten zeigten einen positiven Zusammenhang mit dem Alter, der in den übrigen Skalen jedoch nicht signifikant wurde ($,034 < r < ,306$). Die gefundenen Zusammenhänge sind alle sehr gering bis gering und daher nur vorsichtig zu interpretieren.

3.2 Deskriptive Analysen des Elternfragebogens

Zunächst werden die Ergebnisse psychopathologischer Auffälligkeiten der Kinder im Elternurteil dargestellt und im Anschluss daran die sozioökonomische Lebenssituation der Familien in der Heimat und in Deutschland anhand der verschiedenen erfassten Indikatoren beschrieben.

3.2.1 Psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil

In Tabelle 9 sind deskriptive Stichprobenkennwerte psychopathologischer Auffälligkeit im Elternurteil anhand der CBCL angegeben sowie die Prozentzahl derjenigen Kinder, die über dem Cut-off der CBCL liegen. Im Elternurteil lagen 11,6 % der Kinder über dem Cut-off für den Gesamtwert der CBCL, 14,4 % der Kinder lagen über dem Cut-off für internalisierende Störungen und 5,8 % über dem Cut-off für externalisierende Störungen.

Tabelle 9: *Deskriptive Statistik der CBCL (N = 35)*

Skalen	M	SD	Min	Max	% über Cut-off Gesamt
Sozialer Rückzug (0-2)	1,97	2,66	0	10	5,8
Körperliche Beschwerden	1,97	2,35	0	8	5,8
Ängstlich/Depressiv	3,86	4,25	0	15	2,9
Soziale Probleme	1,54	2,02	0	8	2,9
Schizoid/Zwanghaft	0,81	1,76	0	7	8,7
Aufmerksamkeitsprobleme	3,00	4,05	0	17	5,8
Dissoziales Verhalten	1,48	1,80	0	9	2,9
Aggressives Verhalten	4,20	5,11	0	24	5,8
Andere Probleme	4,56	4,51	0	20	5,8
Internalisierende Auffälligkeiten	7,54	7,98	0	32	14,4
Externalisierende Auffälligkeiten	5,68	6,72	0	33	5,8
Gesamtwert	21,89	22,79	0	110	11,6

Wie man Abbildung 2 entnehmen kann wurden Jungen von ihren Eltern insgesamt auffälliger eingeschätzt als die Mädchen. Im T-Test ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit psychopathologischer Auffälligkeiten zwischen Jungen und Mädchen im Elternurteil, außer für Aufmerksamkeitsstörungen. Eltern gaben signifikant mehr Aufmerksamkeitsstörungen für Jungen, als für Mädchen an. Der Levene-Test war mit $p = ,013$ signifikant. Der T-Wert lag bei $-,230$ ($df = 24,287$, $p = ,035$).

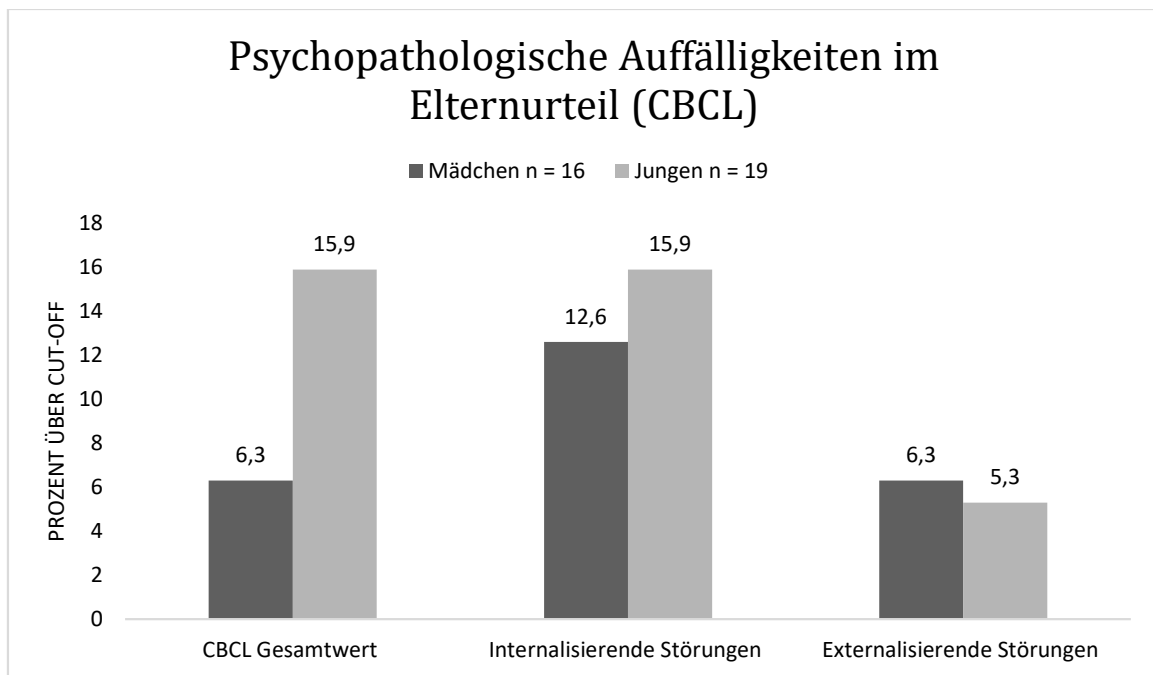


Abbildung 2: Psychopathologische Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder im Elternurteil (CBCL)

Die Eltern gaben mit zunehmendem Alter ihrer Kinder mehr soziale Probleme ($r = ,289^*$) und mehr dissoziales Verhalten ($r = ,323^*$) an. Zwar zeigte sich in allen Skalen ein positiver Zusammenhang ($,097 < r < ,323$) jedoch wurde dieser auf Hauptskalenniveau (CBCL Summenscore $r = ,181$) nicht signifikant. Da es sich um sehr geringe bis geringe Korrelationen handelt sind diese nur vorsichtig zu interpretieren.

3.2.2 Die Lebenssituation der Familie

3.2.2.1 Die subjektive Stellung der Familie im Heimatland und in Deutschland

In der Heimat lag die Einschätzung der familiären Stellung im persönlichen Umfeld im Mittel bei 7,09 und im Vergleich zu allen Menschen bei 6,69. In Deutschland gaben die Familien ihre Stellung im persönlichen Umfeld im Mittel bei 5,66 an und ihre Stellung im Vergleich zu allen Menschen bei 3,57. Damit schätzten die Familien ihre Stellung im persönlichen

Umfeld in Deutschland um knapp eineinhalb Skalenpunktwerte (1,43) signifikant niedriger ein als im Heimatland ($T = 3,318$, $df = 34$, $p = ,002$). Auch ihre Stellung im Vergleich zu allen Menschen schätzten sie in Deutschland um gute drei Skalenpunktwerte (3,11) signifikant niedriger als im Heimatland ($T = 8,018$, $df = 34$, $p = ,000$). Die Eltern schätzten die familiäre Stellung im persönlichen Umfeld in der Heimat um 0,4 Skalenpunktwerte höher ein, als ihre Stellung im Vergleich zu allen Menschen. In Deutschland war dieser Unterschied ausgeprägter. Hier schätzten die Eltern ihre Stellung im persönlichen Umfeld um 2,09 Skalenpunktwerte höher ein, als ihren subjektiven SES. Tabelle 10 gibt eine Übersicht über die subjektive Stellung der Familien im Heimatland und in Deutschland.

Tabelle 10: *Subjektive Stellung der Familie in der Heimat und in Deutschland*

Variablen	N	M	SD	Min	Max
Stellung im persönlichen Umfeld Heimat	35	7,09	2,01	2	10
Subjektiver SES Heimat	35	6,69	2,04	2	10
Stellung im persönlichen Umfeld Deutschland	35	5,66	2,83	1	10
Subjektiver SES Deutschland	35	3,57	2,00	1	9
Differenz Stellung im persönlichen Umfeld (H-D)	35	1,43	2,55	-4	8
Differenz subjektiver SES (H-D)	35	3,11	2,30	-2	8

Anmerkungen: H = Heimat. D = Deutschland

3.2.2.2 Der objektive SES im Heimatland und in Deutschland

Von den 35 Elternfragebögen konnten für den ISEI im Heimatland nur 16 Fragebögen von Müttern und 23 Fragebögen von Vätern ausgewertet werden und für den ISEI in Deutschland nur jeweils 10 Fragebögen. Für das Differenzmaß des ISEI konnten jeweils nur 9 Fragebögen ausgewertet werden. Diese hohe Anzahl fehlender Wert liegt vor allem daran, dass nur für berufstätige Personen ein ISEI-Wert ermittelt werden konnte. Im Heimatland hatten 22 Mütter und 28 Väter gearbeitet und in Deutschland nur 12 Mütter und 14 Väter. Bei zu ungenauen oder fehlenden Angaben zum Tätigkeitsbereich konnte der Beruf nicht eindeutig zugeordnet werden und der ISEI somit ebenfalls nicht ermittelt werden. Einige Eltern beantworteten die Fragen zu Ausbildung und Beruf auch gar nicht.

Eine Übersicht über die Veränderung des SES von Müttern und Vätern zwischen ihren Heimatländern und Deutschland gibt Tabelle 11. Da sich die ISEI-Werte im Heimatland zwischen erlerntem Beruf und längster ausgeübter Tätigkeit nur geringfügig unterschieden und in Deutschland kaum Väter und Mütter einen Beruf erlernt hatten, wurde der ISEI des erlernten Berufes in der weiteren Datenanalyse nicht berücksichtigt. Mütter und Väter erlebten beide einen deutlichen SES-Abstieg, der im T-Test auch signifikant war (Mütter $T = 3,253$, $df = 8$, $p = ,012$, Väter $T = 3,517$, $df = 8$, $p = ,008$). Eine Frau hatte in Deutschland

eine höherwertige Berufsqualifikation erworben (ISEI 71), die damit über dem Mittelwert der Berufsqualifikationen für das Heimatland, als auch der ausgeübten Beschäftigungen in Deutschland lag. Von den drei Männern, die in Deutschland Berufsqualifikationen erworben hatten, machte nur einer Angaben zum ISEI, der mit 20 deutlich unter dem Mittelwert des Heimatlandes lag.

Tabelle 11: *ISEI von Frauen und Männern in der Heimat und Deutschland (N =35)*

Variablen	n	M	SD	Min	Max
ISEI erlernter Beruf Frauen Heimat	17	51,88	15,51	29	79
ISEI längste Tätigkeit Frauen Heimat	16	54,19	14,52	28	78
ISEI längste Tätigkeit Frauen Deutschland	10	29,50	19,20	16	71
Differenz ISEI längste Tätigkeit Frauen (H-D)	9	26,78	24,69	-17	62
ISEI erlernter Beruf Männer Heimat	20	53,50	16,89	31	82
ISEI längste Tätigkeit Männer Heimat	23	51,22	14,82	20	69
ISEI längste Tätigkeit Männer Deutschland	10	27,70	15,73	16	68
Differenz ISEI längste Tätigkeit Männer	9	23,56	20,09	0	49

Anmerkungen: H = Heimat. D = Deutschland

3.2.2.3 Familiärer Risikoindex und Wohnsituation der Familie im Heimatland und in Deutschland

Der Mittelwert des FAI lag bei 1,09, bei einer Standardabweichung von 0,85. Min- bzw. Maximalwerte lagen zwischen 0 und 4.

Als ein mögliches weiteres Alternativmaß des SES wurde die Wohnsituation herangezogen, welche durch die Einschätzung beengter Wohnverhältnisse anhand des Raum-Personen-Verhältnisses des FAI erfasst wurde. Der Wohnraum-Index nahm zwischen der Heimat und Deutschland signifikant zu ($T = -2,084$, $df = 28$, $p = ,046$). Als beengte Wohnverhältnisse gilt ein Indexwert $> 1,4$. Demnach lebten in der Heimat 12 Familien in beengten Wohnverhältnissen (39 %) und in Deutschland 22 (67 %).

3.2.2.4 Der Zusammenhang der SES-Indikatoren untereinander

Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen SES-Indikatoren wurden Korrelationen berechnet. Abbildung 3 ist zu entnehmen, dass die subjektiven Indikatoren (subjektive Stellung der Familie im persönlichen Umfeld, subjektive SES der Familie) im Heimatland ($r = ,625^*$) und im Exil ($r = ,418^*$) signifikant miteinander korrelierten. Darüber hinaus bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem jeweiligen subjektiven Indikator des Heimatlandes mit dem im Exil (persönliches Umfeld $r = ,492^*$, subjektiver SES

$r = ,386^*$). Der subjektive SES im Heimatland zeigte darüber hinaus auch einen signifikanten Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland ($r = ,386^*$). Auch die objektiven SES-Indikatoren von Vater und Mutter korrelierten in der Heimat ($r = ,405^*$) und im Exil ($r = ,755^*$) signifikant. Dieser Zusammenhang war für die Situation in Deutschland erwartungsgemäß ausgeprägter. Darüber hinaus korrelierte der SES des Vaters in der Heimat und im Exil signifikant mit dem Wohnraum Index. Für das Heimatland ergab sich ein erwartungskonformer Zusammenhang ($r = ,392^*$), während sich für die Situation in Deutschland ein erwartungswidriger Zusammenhang ($r = -,348^*$) ergab. Somit lebten bei hohem Beschäftigungsstatus des Vaters die Familien in beengteren Wohnverhältnissen. Beide Zusammenhänge waren jedoch gering und sind deshalb vorsichtig zu interpretieren. Der objektive SES der Mutter in Deutschland korrelierte signifikant mit der subjektiven Stellung der Familie im persönlichen Umfeld ($r = ,640^*$). Somit schätzten die Familien ihre Stellung im persönlichen Umfeld im Exil schlechter ein, wenn die Mutter einen niedrigen SES hatte. Eine tabellarische Übersicht über die Korrelationen der SES-Variablen findet sich in Tabelle 16 im Anhang 7.2.

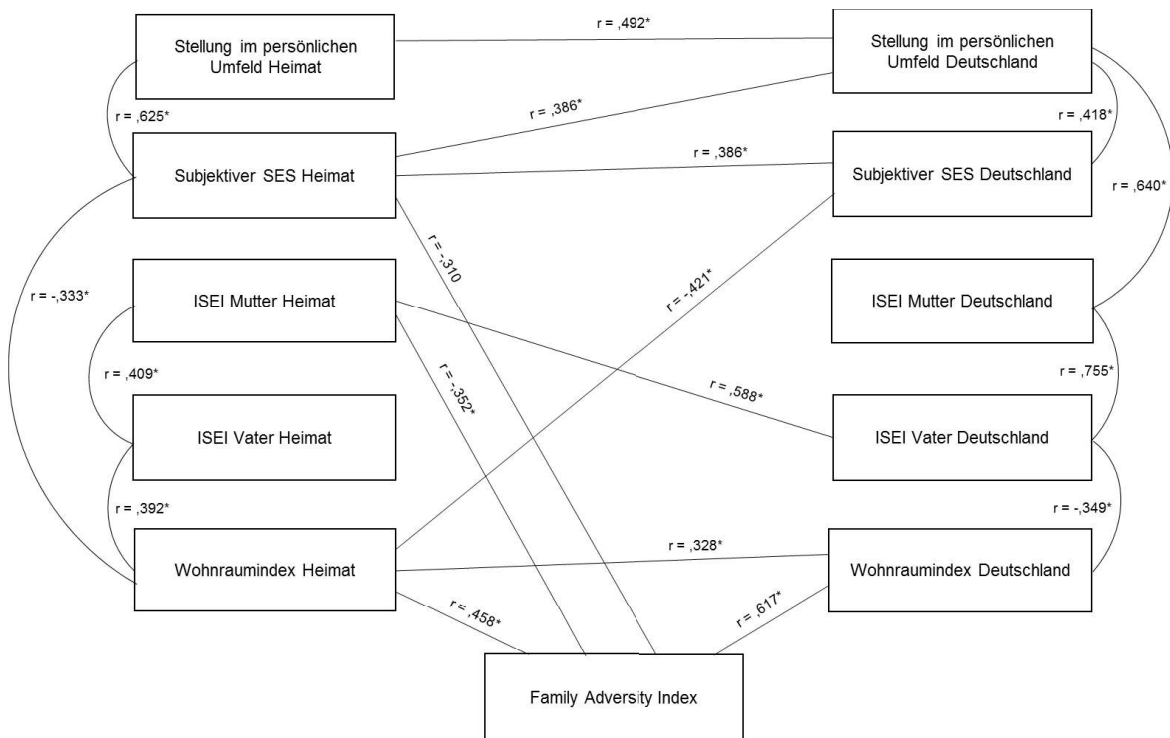


Abbildung 3: Zusammenhang zwischen den SES-Variablen und dem FAI. * signifikante Korrelation bei zweiseitiger Testung, $p < ,05$.

3.2.2.5 Die Zufriedenheit der Familie mit ihrer Lebenssituation

Die Zufriedenheit der Eltern mit ihren Beschäftigungen) sank zwischen der Situation im Heimatland und in Deutschland signifikant. Die Zufriedenheit der Mütter nahm um 0,91 Skalenpunktwerte ($T = 2,526$, $df = 21$, $p = ,020$) ab und die der Väter um 1,31 Skalenpunktwerte ($T = 3,888$, $df = 25$, $p = ,001$). Die Zufriedenheit der Eltern mit der familiären Stellung (bezogen auf die subjektive Stellung im persönlichen Umfeld und den subjektiven SES) sank weniger stark zwischen beiden Ländern und war im T-Test auch nicht signifikant (0,48 Skalenpunktwerte, $T = 1,849$, $df = 30$, $p = ,074$). Auch die Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Wohnsituation veränderte sich nur unwesentlich zwischen beiden Ländern (0,35 Skalenpunktwerte) und der Unterschied war ebenfalls nicht signifikant ($T = 1,436$, $df = 33$, $p = ,160$). In Tabelle 12 ist die Zufriedenheit der Eltern mit der familiären Stellung, Wohnsituation und Beschäftigung im Heimatland und Deutschland dargestellt.

Tabelle 12: *Zufriedenheit mit Stellung, Beschäftigung und Wohnsituation (N = 35)*

Variablen	n	M	SD	Min	Max
Zufriedenheit mit familiärer Stellung Heimat	32	2,66	1,181	0	4
Zufriedenheit mit familiärer Stellung Deutschland	33	2,12	0,99	0	4
Differenz Zufriedenheit mit familiärer Stellung (H-D)	31	0,48	1,46	-3	+3
Zufriedenheit Mutter mit Beschäftigung Heimat	27	2,15	1,35	0	4
Zufriedenheit Mutter mit Beschäftigung in Deutschland	26	1,62	1,20	0	4
Differenz Zufriedenheit Mutter mit ihrer Beschäftigung (H-D)	22	0,91	1,69	-4	3
Zufriedenheit Vater mit Beschäftigung Heimat	32	2,75	1,05	0	4
Zufriedenheit Vater mit Beschäftigung Deutschland	26	1,62	1,24	0	4
Differenz Zufriedenheit Vater mit Beschäftigung (H-D)	26	1,31	1,72	-3	4
Zufriedenheit mit Wohnsituation Heimat	34	2,32	1,39	0	4
Zufriedenheit mit Wohnsituation Deutschland	35	1,97	1,04	0	4
Differenz Zufriedenheit mit Wohnsituation (H-D)	34	0,35	1,43	-3	4

Anmerkungen: H = Heimat, D = Deutschland

3.3 Hypothesenprüfung

3.3.1 Der Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES mit der psychischen Befindlichkeit

Der Literatur folgend wurde angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen niedrigem Prä- und Postmigrations-SES und vermehrten psychopathologischen Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder im Exil besteht.

Der in Hypothese H₁ erwartete negative Zusammenhang zwischen der Stellung im persönlichen Umfeld im Heimatland (gemessen durch die SES-Leiter) und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Exil (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) zeigte sich in den Daten. Bei niedriger Stellung im persönlichen Umfeld im Heimatland bestanden bei den Kindern mehr psychopathologische Auffälligkeiten. Es handelt sich allerdings um sehr geringe bis geringe Zusammenhänge, die auf Hauptskalenniveau keine Signifikanz erreichten (CBCL-Summencore $r = -,261$, Selbstbeurteilungsskalen $-,222 < r < -,062$) und daher vorsichtig zu interpretieren sind. Für die Hypothese H₁ wurde die Nullhypothese beibehalten. Eine Übersicht über die Zusammenhänge von Prä-migrations-SES und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Exil findet sich in Abbildung 4. Eine tabellarische Übersicht der Korrelationen von Prä- und Postmigrations-SES und psychopathologischen Auffälligkeiten im Eltern- und Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen findet sich in Tabelle 17 im Anhang 7.3.1.

Auch der in Hypothese H₂ erwartete negative Zusammenhang zwischen subjektivem Herkunfts-SES der Familie (Stellung der Familie im Vergleich zu allen Menschen des Landes, gemessen durch die SES-Leiter) und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Exil (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) zeigte sich in den Daten. Der subjektive SES im Heimatland korrelierte signifikant negativ mit dem CBCL-Summenscore ($r = -,454^*$), das heißt die Eltern gaben mehr psychopathologische Auffälligkeiten für ihre Kinder bei niedrigem subjektivem SES im Heimatland an. Die Größe des Zusammenhangs ist jedoch gering und daher vorsichtig zu interpretieren. Es bestanden keine signifikanten Zusammenhänge mit den Selbstbeurteilungsskalen (vgl. Abbildung 4 und Tabelle 17 im Anhang 7.3.1). Für die Hypothese H₂ wurde die Alternativhypothese angenommen.

In Hypothese H₃ wurde ein negativer Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus der Mutter in der Heimat (gemessen durch den ISEI) und psychischen Auffälligkeiten der Kinder im Exil (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) angenommen. Wider Erwarten korrelierte der ISEI der Mütter im Heimatland positiv mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Elternurteil (CBCL Summenscore $r = ,428^*$), wonach ein hoher Prä-migrations-SES der Mutter mit mehr psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Elternurteil im Exil verbunden war. Der Zusammenhang ist jedoch gering und daher vorsichtig zu interpretieren. Es bestanden keine bedeutsamen Zusammenhänge mit den Selbstbeurteilungsskalen der Kinder und Jugendlichen (vgl. Abbildung 4 und Tabelle 17 im Anhang 7.3.1). Für Hypothese H₃ wurde die Nullhypothese beibehalten.

Der in Hypothese H₄ angenommene negative Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus des Vaters im Heimatland (gemessen durch den ISEI) und psychischen Auffälligkeiten der Kinder im Exil (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) konnte nicht bestätigt werden, da keine bedeutsamen Korrelationen bestanden ($-,225 < r < ,286$, vgl. Tabelle 17 im Anhang 7.3.1), die auch nicht signifikant wurden. Es zeigte sich kein einheitliches Muster in den Zusammenhängen, die von sehr geringer bis geringer Größe waren und daher nur vorsichtig zu interpretieren sind. Für die Hypothese H₄ wurde die Nullhypothese beibehalten.

In Hypothese H₅ wurde angenommen, dass die Flüchtlingskinder mehr psychopathologische Auffälligkeiten zeigen, wenn sie in beengten Wohnverhältnissen im Heimatland gelebt hatten und sich dieser Zusammenhang als positive Korrelationen zwischen dem Wohnraum-Index und den Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil (CBCL) zeigt. Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnraum-Index im Heimatland und psychopathologischen Auffälligkeiten im Elternurteil (CBCL-Summenscore $r = ,195$). Erwartungswidrig ergab sich ein negativer Zusammenhang mit dem PTSD Kriterium D (Arousal, $r = -,368^*$) im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen. Alle gefundenen Zusammenhänge waren sehr gering bis gering und sind daher vorsichtig zu interpretieren. Für Hypothese H₅ wurde die Nullhypothese beibehalten.

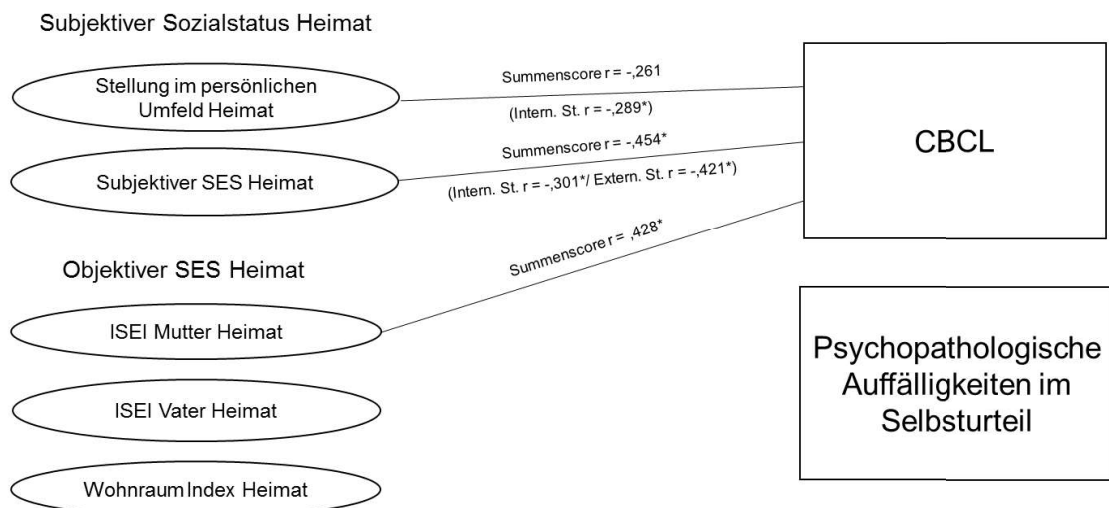


Abbildung 4: Zusammenhänge von Prämigrations-SES und psychopathologischen Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder. * signifikante Korrelation bei einseitiger Testung, $p < ,025$.

Der in Hypothese H₆ erwartete negative Zusammenhang zwischen der Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Exil (gemessen durch die SES-Leiter) und den Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil (CBCL) zeigte sich in den Daten. Es bestanden signifikante Zusammenhänge mit dem CBCL-Summenscore ($r = -,285^*$) und Angst ($r = -,365^*$) im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen, wenngleich die Größe der

Zusammenhänge gering war und sie daher vorsichtig zu interpretieren sind. Eltern und Kinder gaben demnach mehr psychopathologische Symptomatik bei niedriger Stellung im persönlichen Umfeld im Exil an. Für die Hypothese H₆ wurde die Alternativhypothese angenommen. Eine Übersicht über die Zusammenhänge von Postmigrations-SES und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen ist in Abbildung 5 dargestellt. Eine tabellarische Übersicht der Zusammenhänge findet sich in Tabelle 17 im Anhang 7.3.1.

In Hypothese H₇ wurde ein negativer Zusammenhang zwischen dem subjektiven SES der Familie im Exil (Stellung in der Gesellschaft im Exil, gemessen durch die SES-Leiter) und den Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil (CBCL) erwartet. Erwartungskonform bestand ein negativer Zusammenhang mit dem CBCL-Summenscore ($r = -,276$), der jedoch gering war und nur auf Subskalenniveau Signifikanz erreichte (internalisierende Störungen $r = -,307^*$). Er ist daher vorsichtig zu interpretieren. Die Eltern gaben bei niedrigem subjektivem SES im Exil mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei ihren Kindern an. Es bestanden keine bedeutsamen Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten in den Selbstbeurteilungsskalen (vgl. Tabelle 17 im Anhang 7.3.1). Für die Hypothese H₇ wurde die Nullhypothese beibehalten.

In Hypothese H₈ wurde von einem negativen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus der Mutter im Exil (gemessen durch den ISEI) und den Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil (CBCL) ausgegangen. Die erwarteten Zusammenhänge zeigten sich in den Daten, wonach bei den Kindern mehr psychopathologische Auffälligkeiten bestanden, wenn ihre Mütter einen niedrigen ISEI in Deutschland hatten. Obwohl die Zusammenhänge im Elternurteil gering bis mittel ausgeprägt waren erreichten sie keine Signifikanz auf Hauptskalenniveau (CBCL-Summenscore $r = -,370$), was aufgrund der sehr kleinen Stichprobengröße zu erwarten war (vgl. Tabelle 17 im Anhang 7.3.1 und Abbildung 5). Mit den Selbstbeurteilungsskalen bestanden sehr geringe bis geringe Zusammenhänge ($-,380 < r < -,101$), die ebenfalls keine Signifikanz erreichten. Alle gefundenen Zusammenhänge sind daher vorsichtig zu interpretieren. Für die Hypothese H₈ wurde die Nullhypothese beibehalten.

Der in Hypothese H₉ angenommene negative Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus des Vaters im Exil (gemessen durch den ISEI) und psychischen Auffälligkeiten der Kinder im Exil (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) konnte nicht bestätigt werden, da keine signifikanten Zusammenhänge gefunden wurden. Zwar zeigte sich ein erwartungskonformes Muster in den Zusammenhängen mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Elternurteil, im Sinne einer Zunahme psychopathologischer Auffälligkeiten bei niedrigem objektivem SES, jedoch waren diese nur sehr gering bis gering

ausgeprägt (CBCL-Summenscore $r = -,204$) und sind daher vorsichtig zu interpretieren. Die Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen zeigten ein uneinheitliches Muster und waren ebenfalls sehr gering bis gering ausgeprägt ($-,388 < r < ,136$, vgl. Tabelle 17 im Anhang 7.3.1). Für die Hypothese H_9 wurde die Nullhypothese beibehalten.

In Hypothese H_{10} wurde angenommen, dass die Flüchtlingskinder mehr psychopathologische Auffälligkeiten zeigen, wenn sie in beengten Wohnverhältnissen im Exil leben und sich dieser Zusammenhang als positive Korrelationen zwischen dem Wohnraum-Index und den Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil (CBCL) zeigt. Für die Wohnsituation in Deutschland ergab sich ein erwartungswidriger Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Elternurteil (CBCL-Summenscore $r = -,324^*$) und kein signifikanter Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder ($-,197 < r < ,157$). Die gefundenen Korrelationen sind alle gering bis sehr gering und daher vorsichtig zu interpretieren (vgl. Tabelle 17 im Anhang 7.3.1). Für die Hypothese H_{10} wurde die Nullhypothese beibehalten.

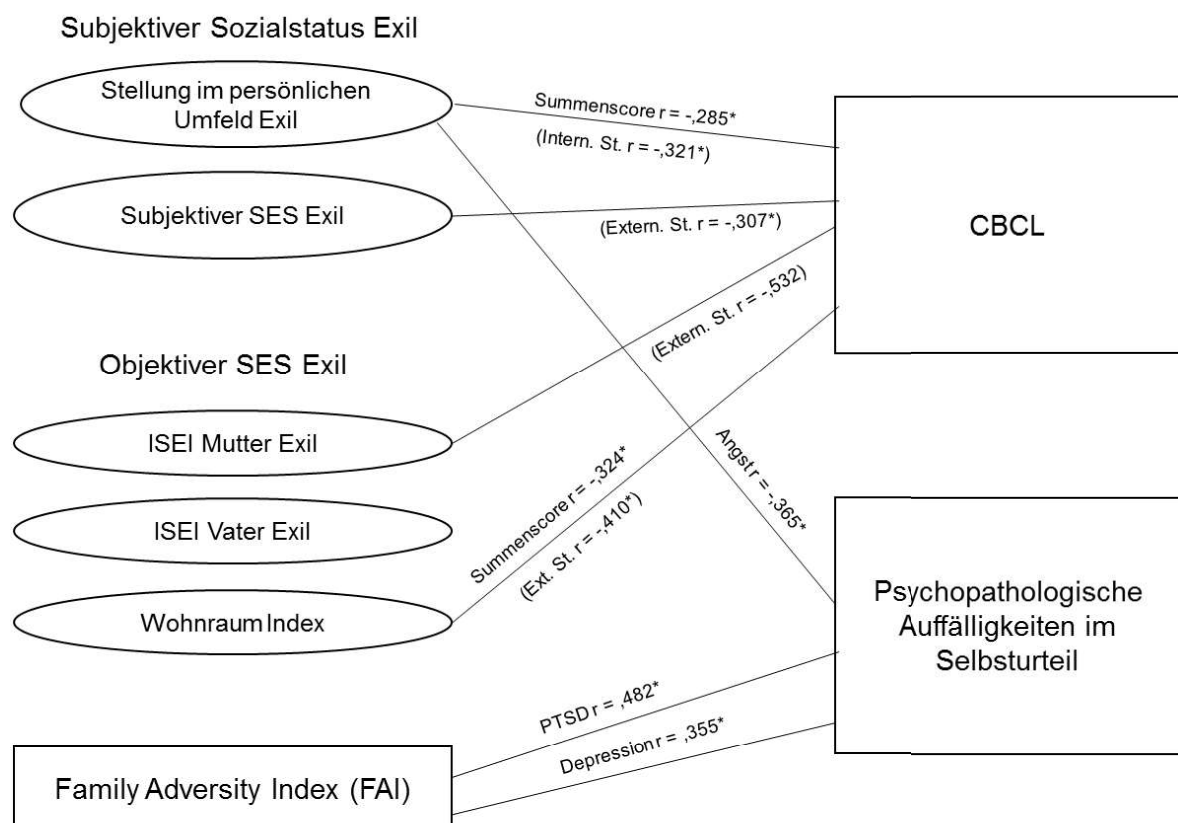


Abbildung 5: Zusammenhänge von Postmigrations-SES, FAI und psychopathologischen Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder. * signifikante Korrelation bei einseitiger Testung, $p < ,025$.

3.3.2 Der Zusammenhang von Veränderungen des SES mit der psychischen Befindlichkeit

Der Literatur folgend wurde davon ausgegangen, dass ein sozialer Abstieg der Eltern mit mehr psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder einhergeht.

Der in Hypothese H_{11} erwartete Zusammenhang einer Verschlechterung der Stellung im persönlichen Umfeld der Familie (gemessen durch die SES-Leister) und einer Zunahme psychopathologischer Auffälligkeiten der Kinder (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) konnte nicht bestätigt werden, da keine signifikanten Korrelationen mit dem CBCL-Summenscore ($r = -,064$) und den Selbstbeurteilungsskalen ($r = -,084 < r < ,222$) bestanden (vgl. Tabelle 18 im Anhang 7.3.2). Für die Hypothese H_{11} wurde die Nullhypothese beibehalten.

In Hypothese H_{12} wurde ein Zusammenhang von subjektivem SES-Abstieg der Familie (Stellung der Familie im Verhältnis zu allen Menschen des Landes, gemessen durch die SES-Leister) und einer Zunahme psychopathologischer Auffälligkeiten der Kinder (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) angenommen, der sich als positive Korrelationen gezeigt hätte. Wider Erwarten ergab sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Veränderung des subjektiven SES der Familie und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Elternurteil des CBCL Summenscore ($r = -,219$) und den Selbstbeurteilungsskalen ($-,211 < r < -,075$). Wenngleich die Größe der Zusammenhänge sehr gering bis gering waren und daher vorsichtig zu interpretieren sind, zeigte sich doch überall das gleiche Muster. Auch für Hypothese H_{12} wurde die Nullhypothese beibehalten.

Der in den Hypothesen H_{13} und H_{14} angenommene Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung des Beschäftigungsstatus (objektiver SES) von Mutter und Vater (gemessen durch den ISEI) mit einer Zunahme psychischer Auffälligkeiten beim Kind (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) zeigte sich in den Daten. Es bestanden signifikant positive Korrelationen zwischen SES-Abstieg und dem CBCL Summenwert bei Müttern ($r = ,594^*$) und Vätern ($r = ,601^*$). Obwohl es sich um mittlere bis hohe Korrelationen handelt sind die Zusammenhänge aufgrund der sehr kleinen Stichproben ($n = 9$) vorsichtig zu interpretieren (vgl. Tabelle 18 im Anhang 7.3.2). Je stärker der Abstieg im objektiven SES war, desto mehr psychopathologische Auffälligkeiten gaben die Eltern für ihre Kinder an. Im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen war lediglich die Zunahme depressiver Symptomatik bei einem objektiven SES-Abstieg insbesondere beim Vater ($r = ,513$) und in geringerem Ausmaß bei der Mutter ($r = ,239$) erwähnenswert. Diese Korrelationen weisen jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Signifikanz auf und sollten nur mit Vorsicht interpretiert werden (vgl. Tabelle 18 im Anhang 7.3.2). Für die

Hypothesen H13 und H14 wurden die Alternativhypothesen angenommen. Eine Übersicht über die Zusammenhänge von SES-Abstieg und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen ist in Abbildung 6 dargestellt.

Der in Hypothese H₁₅ angenommene Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung der familiären Wohnsituation (gemessen durch den Wohnraum-Index) mit einer Zunahme psychopathologischer Auffälligkeiten beim Kind (gemessen durch die CBCL im Elternurteil und Selbstbeurteilungsskalen) zeigte sich nicht. Wider Erwarten ergab sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung des Wohnsituation der Familie und psychischen Auffälligkeiten beim Kind im Elternurteil des CBCL Summenscores ($r = ,385^*$), der vor allem auf dem Zusammenhang mit externalisierenden Problemen ($r = ,440^*$) beruhte. Die Eltern gaben also weniger psychopathologische Auffälligkeiten für ihre Kinder an, wenn sich die Wohnsituation in Deutschland verschlechtert hatte (beengte Wohnverhältnisse). Die Größe des Zusammenhangs war jedoch gering und sollte deshalb vorsichtig interpretiert werden (vgl. Tabelle 18 im Anhang 7.3.2). Es bestanden keine bedeutsamen Korrelationen zwischen einer Verschlechterung der familiären Wohnsituation und psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen. Auch für Hypothese H₁₅ wurde die Nullhypothese beibehalten.

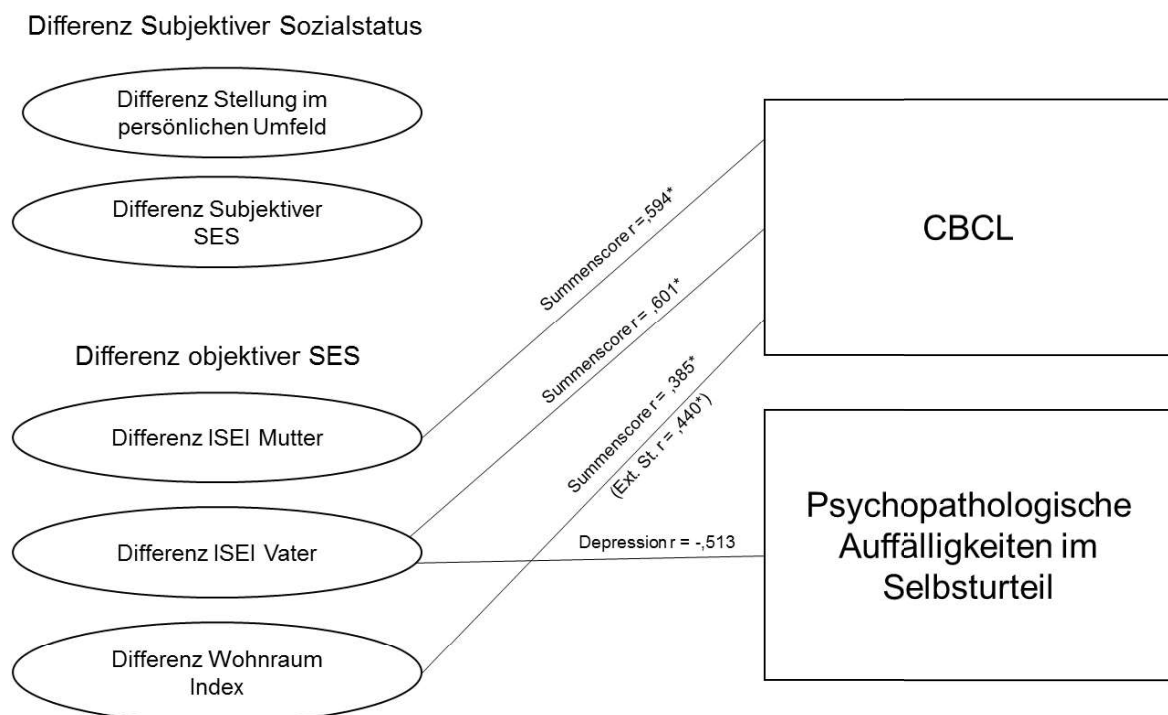


Abbildung 6: Zusammenhänge von SES-Abstieg und psychopathologischen Auffälligkeiten.
* signifikante Korrelation bei einseitiger Testung, $p < ,025$.

3.3.3 Der Zusammenhang familiärer Risikofaktoren mit der psychischen Befindlichkeit

Um die erwarteten Zusammenhänge des SES zu überprüfen wurde der Family Adversity Index (FAI) als ein weit verbreitetes Maß für den Einfluss familiärer Risikofaktoren auf die psychische Befindlichkeit des Kindes miterfasst. Die Hypothesen H₁₆ ging von einem positiven Zusammenhang zwischen FAI und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder in der CBCL sowie in den Selbstbeurteilungsskalen aus. Demnach hätten die Kinder mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei höherem Risikoindex-Score gezeigt.

Die erwarteten Zusammenhänge des FAI mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Elternurteil konnten nicht belegt werden (CBCL Summenscore $r = ,159$). Im Selbsturteil der Kinder korrelierten der PTSD-Summenscore ($r = ,482^*$) und die Depressionsskala (DSRSC $r = ,355^*$) erwartungskonform signifikant positiv mit dem FAI. Die Kinder gaben demnach mehr PTSD und depressive Symptomatik bei hohem familiären Risikoindex an. Es handelt sich jedoch um geringe Korrelationen, weshalb diese vorsichtig zu interpretieren sind. Die übrigen Summenscores psychopathologischer Auffälligkeiten im Selbsturteil zeigten keine inhaltlich bedeutsamen Korrelationen (vgl. Tabelle 18 im Anhang 7.3.2), die auch nicht signifikant wurden. Für die Hypothese H₁₆ wurde die Alternativhypothese angenommen. Eine Übersicht über die Zusammenhänge des FAI mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen ist in Abbildung 5 dargestellt.

Bei der Überprüfung der Zusammenhänge der einzelnen in den FAI einfließenden Indikatoren mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern- und Selbsturteil hatten nur Streit und Disharmonie in der Familie einen signifikanten Einfluss auf psychopathologische Auffälligkeiten der Kinder im Elternurteil (CBCL Summenscore $r = ,394^*$). Eltern gaben mehr psychopathologische Auffälligkeiten für ihre Kinder bei mehr Streit innerhalb der Familie an. Dieser Zusammenhang war auch im Selbsturteil in allen Skalen ($,294^* < r < 625^*$) signifikant, mit Ausnahme für Somatisierungsbeschwerden. Weiterhin zeigten seelische Erkrankungen von Vater ($r = ,456^*$) und Mutter ($r = ,394^*$) signifikante Zusammenhänge mit dem PTSD Gesamtsummenwert im Selbsturteil Kinder. Außerdem gaben die Kinder und Jugendlichen mehr depressive Symptomatik bei einer seelischen Erkrankung des Vaters an ($r = ,348^*$). Alle gefundenen Korrelationen waren überwiegend gering oder mittel ausgeprägt und sind daher vorsichtig zu interpretieren.

4 Diskussion

Entsprechend der Darstellung der Ergebnisse werden zunächst die Ergebnisse der deskriptiven Analyse diskutiert und im Vergleich mit anderen Forschungsergebnissen eingeordnet. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Situation im Heimatland und im Exil diskutiert und in den aktuellen Stand der Forschung eingeordnet, darauf folgend die Ergebnisse der Hypothesenprüfung bzgl. der Veränderung des SES und des Zusammenhangs familiärer Risikofaktoren mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen. Der Übersichtlichkeit halber werden die einzelnen Indikatoren nacheinander diskutiert.

Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe dieser Untersuchung ist die Aussagekraft der gefundenen Zusammenhänge eingeschränkt. Da es sich hier aber um eine Untersuchung mit explorativem Charakter handelt, werden dennoch erste richtungsweisende Interpretationsversuche unternommen.

4.1 Diskussion der deskriptiven Analysen

4.1.1 Das Ausmaß von Gewalterlebnissen im Vergleich

Die Art und das Ausmaß erlebter Gewalt, wie es in Exposure-Skalen gemessen wird, unterscheidet sich mit der Art der Kriegsführung in verschiedenen Kriegs- und Krisengebieten der Welt und lässt nicht zwangsläufig Rückschlüsse auf das Ausmaß subjektiven Leids zu. Dieses kann sich im Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten widerspiegeln.

Für den Vergleich des Ausmaßes erlebter Exposure der Hamburger Flüchtlingskinder wurde nach Flüchtlingsstudien gesucht, die ähnliche Skalen, wie den hier verwendeten Exposure-Fragebogen verwendeten. Dabei fiel auf, dass hierzu keine Daten von afghanischen Flüchtlingen vorliegen, die mehr als die Hälfte (54 %) der untersuchten Kinder und Jugendlichen dieser Stichprobe ausmachen. Im Folgenden werden die ermittelten Häufigkeiten an Exposure dieser Untersuchung mit den Ergebnissen aus der Studie von Smith et al. (2002) verglichen, die bosnische Kinder untersuchten (N = 2976) und deren Exposure-Fragebogen Grundlage des hier verwendeten Fragebogens war (vgl. Kapitel 2.8.1.2).

Die Kinder aus beiden Untersuchungen haben sehr ähnliche Erfahrungen im Krieg gemacht. Die Hamburger Flüchtlingskinder gaben mehr Fluchterfahrungen an, was in der Stichprobenauswahl begründet liegt. Viele Kinder beider Gruppen hatten große Entbehrungen während der Flucht erlebt. Etwa ein Drittel der Hamburger Flüchtlingskinder und 42 % der bosnischen Kinder hatten existentiellen Hunger erlitten und knapp ein Drittel beider

Gruppen hatte unter massiver Kälte gelitten. Mehr als die Hälfte der Hamburger Flüchtlingskinder hatte miterlebt wie ihr zu Hause durch Bomben und Granaten beschädigt wurde, bei den bosnischen Kindern waren es sogar 61 %.

40 % der Hamburger Flüchtlingskinder und mehr als die Hälfte der bosnischen Kinder hatten mindestens einen nahen Verwandten im Krieg verloren und in beiden Gruppen waren etwa 40 % der Kinder für eine längere Zeit von nahen Familienmitgliedern getrennt. Knapp 60 % beider Gruppen hatte miterlebt, dass eine nahe Bezugsperson schwer verletzt wurde. Etwa die Hälfte der Hamburger Flüchtlingskinder und 64 % der bosnischen Kinder hatten miterlebt, wie eine nahe Bezugsperson gefangen genommen oder in einem Lager festgehalten worden war. Deutlich mehr Hamburger Flüchtlingskinder (43 %) berichteten, dass nahen Verwandten etwas Schlimmes zugestoßen war (3 % der bosnischen Kinder). Ein großer Prozentsatz beider Gruppen hatte Gewaltanwendungen an anderen Menschen beobachtet. Etwa die Hälfte der Kinder beider Gruppen hatte tote Menschen gesehen und über 60 % beider Gruppen hatte schwer verletzte Menschen gesehen. Knapp 10 % beider Gruppen hatte direkten Kontakt zu toten Menschen. Deutlich mehr bosnische Kinder (78 %) hatten Schießereien beobachtet (34 % der Hamburger Flüchtlingskinder). Andererseits hatten fast doppelt so viele der Hamburger Kinder, nämlich fast jeder zweite, beobachtet, wie Menschen getötet oder verletzt wurden (24 % der bosnischen Kinder). Knapp 30 % der Hamburger Flüchtlingskinder und knapp 10 % der bosnischen Kinder hatten ein Massaker beobachtet. Und fast 20 % beider Gruppen waren Zeuge von Folter und anderen schweren Gewalttaten.

Über 90 % der bosnischen Kinder und knapp 70 % der Hamburger Flüchtlingskinder hatten Bombardierungen aus nächster Nähe mitbekommen. Knapp 70 % der bosnischen und 50 % der Hamburger Kinder hatten zu einem Zeitpunkt im Krieg geglaubt selbst schwer verletzt oder getötet zu werden. Mehr als 50 % der bosnischen Kinder und knapp 30 % der Hamburger Flüchtlingskinder waren unter lebensgefährlichen Beschuss geraten. In beiden Gruppen wurde etwa 20 % der Kinder direkt mit dem Tod gedroht. Bei über 60 % der Hamburger Flüchtlingskinder waren feindliche Soldaten in ihre Häuser eingedrungen und bei knapp 50 % der bosnischen Kinder. Doppelt so viele bosnische wie Hamburger Kinder waren in Lagern eingesperrt (12 % und 6 %) und knapp 10 % der Hamburger Flüchtlingskinder wurden im Krieg körperlich verletzt (6 % der bosnischen Kinder).

Aus den beschriebenen Häufigkeiten lässt sich ableiten, dass die Kinder insgesamt sehr ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Hamburger Flüchtlingskinder haben mehr unmittelbare Bedrohung (beobachten von Tötung, Bedrohung durch feindliche Soldaten) erlebt, die vermutlich Auslöser für die Flucht waren. Die bosnischen Kinder haben, bedingt durch den Verbleib im Kriegsgebiet, insgesamt mehr Gewalt miterlebt.

Bei den Hamburger Flüchtlingskindern waren Jungen und Mädchen in etwa gleich häufig Exposure ausgesetzt, während jedoch nur Jungen selber Gewalt ausgeübt hatten bzw. Gewaltausübung von wichtigen Bezugspersonen beobachtet hatten. Dies entspricht den Beobachtungen von Smith et al. (2002), die ebenfalls keine Unterschiede in den Exposure-Raten zwischen Jungen und Mädchen feststellen konnten. Die Untersuchung der Hamburger Flüchtlingskinder zeigte eine Zunahme von Exposure mit zunehmendem Alter ($r = ,359^*$), was auch Smith et al. (2002) für ihre Stichprobe bestätigen konnten.

Im Rahmen der Bremer Jugendstudie erfassten Essau et al. (1999a) traumatisierende Ereignisse bei 1035 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren. 22,5 % der Jugendlichen hatten mindestens ein traumatisierendes Erlebnis in ihrem Leben gehabt. Hierzu gehörten körperliche Angriffe, Verletzungen und schwere Unfälle. 2,8 % der Jugendlichen berichteten schon einmal eine Waffe benutzt zu haben, 11,6 % waren schon einmal ernsthaft körperlich bedroht gewesen und 7 Mädchen (0,7 %) hatten eine Vergewaltigung erlebt. Insgesamt hatten in dieser Untersuchung Jungen mehr traumatisierende Erlebnisse als Mädchen.

Unter den Hamburger Flüchtlingskindern hatte ein Junge (3 %) schon einmal an einem Angriff teilgenommen und mit einer Waffe geschossen und vier Kinder (12 %) gaben an schon einmal an anderen Gewalttaten teilgenommen zu haben. Ernsthaft körperlich verletzt waren 9 % der Kinder und Jugendlichen während des Krieges und 20 % waren schon so krank gewesen, dass sie geglaubt hatten zu sterben. 31 % der Flüchtlingskinder hatten zu einem Zeitpunkt geglaubt vor Hunger und Durst zu sterben und 27 % hatten zu einem Zeitpunkt geglaubt vor Kälte zu erfrieren. Es zeigt sich also, dass Flüchtlingskinder in Deutschland sehr viel mehr Gewalt und traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, als ihre deutschen Mitschüler. Auch wenn erlebte traumatische Erfahrungen nicht unmittelbar für die Umwelt wahrnehmbar sind, so führen sie doch in den meisten Fällen zu einer starken psychosozialen Beeinträchtigung und hohen Komorbiditätsraten, wie Essau et al. (1999a) belegten.

Das Ausmaß erlebter Gewalt der Gesamtstichprobe aller untersuchten Hamburger Flüchtlingskinder ($N = 215$) sowie eine Einordnung im Vergleich zu anderen Flüchtlingsstichproben findet sich bei Adam (2006) im Rahmen der Hauptstudie.

4.1.2 Psychopathologische Auffälligkeiten im Vergleich zu anderen Flüchtlings- und nichtklinischen Stichproben

Es wurde erwartet, dass Flüchtlingskinder, die aus Bosnien, Kosovo und Afghanistan nach Hamburg kommen erhöhte Raten psychischer Auffälligkeiten aufweisen. Bei den hier untersuchten Kindern handelt es sich um eine nichtklinische Stichprobe. Es wurde davon ausgegangen, dass die Kinder ein höheres Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten im Vergleich zu anderen nichtklinischen Normstichproben zeigen. Darüber hinaus interessierte, ob das Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten dem von Flüchtlingskindern anderer Untersuchungen ähnelt.

Diese Erwartungen wurden nicht für alle gemessenen psychopathologischen Auffälligkeiten gleichermaßen erfüllt. Mit einer gemessenen Punktprävalenz von 14,4 % über dem Cut-off für PTSD lag diese zwar über dem Niveau anderer nichtklinischer Normstichproben (Essau et al. 1999a, Reinherz et al. 1993, Pfefferbaum 1997) aber unterhalb dessen anderer Flüchtlingsstudien (Khamis 2005, Kolltveit et al. 2012, Smith et al. 2002, Sack et al. 1994). Die gemessene Punktprävalenz von 8,7 % über dem Cut-off von Angststörungen lag in einem Bereich, der auch in anderen nichtklinischen Stichproben gefunden wurde, (Bowen et al. 1990, Essau et al. 1999b, Ravens-Sieberer et al. 2007, Bernstein et al. 1996, Kashani und Orvaschel 1990) aber deutlich unter dem Niveau in anderen Flüchtlingsstudien (Montgomery 2011, Kolltveit et al. 2012, Thabet und Vostanis 1998, Smith et al. 2002, Sack et al. 1994). Die gemessene Punktprävalenz von 14,5 % über dem Cut-off für Depression entspricht der Größenordnung, die auch in anderen Flüchtlingsstudien gefunden wurde (Slodnjak et al. 2002, Kolltveit et al. 2012, Smith et al. 2002, Sack et al. 1994) und liegt deutlich über dem Niveau der meisten nichtklinischen Normstichproben (Ravens-Sieberer et al. 2007, Essau et al. 1999a, Lewinsohn et al. 1993, Reinherz et al. 1993). Die gemessene Punktprävalenz von 40 % über dem Cut-off für Somatisierungsstörungen liegt deutlich über allen vergleichbaren Werten anderer nichtklinischer Normstichproben (Essau et al. 1999a, Garralda 1996). Tabelle 13 gibt einen Überblick über ermittelte Häufigkeiten psychopathologischer Auffälligkeiten in verschiedenen Studien mit Kindern zu Friedenszeiten und im Krieg. Sie basiert auf der gleichnamigen Tabelle von Adam (2006, S. 188) und wurde um weitere Studien ergänzt.

Tabelle 13: Häufigkeiten psychopathologischer Auffälligkeiten

Vergleichsstichproben	PTSD	Depression	Angst	Somatisierung
Normalpopulation				
Eigene Ergebnisse Hamburg	14,4 %	14,5 %	8,7 %	40 %
Bremer Jugendstudie: Essau et al. (1999a)	1,6 %	17,9 %	18,6 %	13,1 %
Kaukasier in den USA: Reinherz et al. (1993)	2,9 %	2,9 %	16,3 %	
USA: Cuffe et al. (1998)	3,5 %			
Pfefferbaum (1997)	1-14 %			
Deutschland: Ravens-Sieberer et al. (2007)		5,4 %	10 %	
Neuseeland: Fergusson et al. (1993)		4,9 %	10,8 %	
USA: Lewinsohn et al. (1993)		2,9 %	3,2 %	
USA: Andersohn et al. (1987)			8,8 %	
Kanada: Bowen et al. (1990)			6,6 %	
USA: Kashani et al. (1990)			21 % (SU) 13,8 % (EU)	
USA: Bernstein et al. (1996)			2,4-2,9 %	
USA: Garralda (1996)				2-10 %
Kinder im Krieg				
Palästina (Ghaza): Kolltveit et al. (2012)	56,8 %	41,2 %	23,7 %	
Bosnien: Slodnjak et al. (2002)	61,5 %	12,5 % (Ref.) 20,5 % (Non-Ref.)		
Palästina: Khamis (2005)	34,1 %			
Kuweit: Nader et al. (1993)	30-34 %			
Khmer in den USA: Sack et al. (1994)	18 %			
Palästina: Miller et al. (1999)	31,5-47,9 %			
Palästina: Thabet et al. (1999)	31,8-35,6 %			
Palästina: Thabet et al. (2002)	53 %			
Bosnien: Allwood et al. (2002)	41 %			
Bosnien: Smith et al. (2002)		15 %		
Palästina: Thabet et al. (1998)			21,5 %	
Schweden: Montgomery (2011)			77 %	

Quelle: In Anlehnung an Adam 2006, S. 188

Anmerkungen: SU = Selbsturteil, EU = Elternurteil, Ref. = Refugees, Non-Ref. = Non-Refugees
Leere Felder bedeuten, dass diesbezüglich keine Werte ermittelt wurden

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung (N = 35) unterschied sich in den Häufigkeiten psychopathologischer Auffälligkeiten von der Gesamtstichprobe der Hauptuntersuchung (N = 215) von Adam (2006). Dort kamen Depressionen (34 %) mehr als doppelt so oft vor und auch PTSD (17,2 %) und Angst (12,1 %) traten häufiger auf. Somatisierungsstörungen (12,1 %) waren in der Gesamtstichprobe deutlich seltener und entsprachen in etwa dem Maß, das auch in der Bremer Jugendstudie gefunden wurde (Essau et al. 1999a).

Im Elternurteil lagen die angegebenen psychopathologischen Auffälligkeiten durchweg niedriger als diejenigen des Selbsturteils durch die Kinder und Jugendlichen. Die Einschätzung der Eltern bzgl. Angst, Depressivität und Somatisierung lagen im Bereich anderer nichtklinischer Normstichproben, jedoch deutlich unter den Häufigkeiten anderer Flüchtlingsstudien.

In verschiedenen Flüchtlingsstudien hat sich gezeigt, dass die Einschätzung psychopathologischer Auffälligkeiten von Kindern durch ihre Eltern oft nicht mit den selbstangegebenen Symptomen der Kinder übereinstimmt; und Eltern die Symptomatik ihrer Kinder häufig unterschätzen (Sack et al. 1994, Almqvist und Brandell-Forsberg 1997, Rousseau et al. 2000). Dies kann an einem mangelnden Austausch über Kriegserlebnisse in der Familie liegen. Punamäki (2000) bezeichnete dies als „conspiracy of silence“ (vgl. Kapitel 1.1.4.3), wodurch Eltern versuchen, ihre Kinder vor erschreckenden Szenen zu schützen. Angel et al. (2001) die in ihrer Untersuchung mit bosnischen Flüchtlingskindern ähnliche Beobachtungen machten gingen davon aus, dass im Gegenzug auch viele Kinder nicht mit ihren Eltern über erlebte Symptomatik sprachen, möglicherweise um diese nicht zu belasten. Folglich konnten viele Eltern vermutlich die erlebte Symptomatik ihrer Kinder gar nicht. Ein weiterer Grund für Missklassifikationen zwischen Eltern- und Kinderurteil kann eine unterschiedliche Interpretation der Symptomatik zwischen den Generationen sein. Rousseau und Drapeau (1998) beobachteten in ihrer Untersuchung an kambodschanischen und zentralamerikanischen Jugendlichen, dass auch mit zunehmendem Alter die Korrelation zwischen Eltern und Kinderurteil nicht zunahm. Sie führten dies auf eine zunehmende Akkulturation der Jugendlichen an die Peergroup zurück, da sie in beiden ethnischen Gruppen sehr ähnliche Ergebnisse in den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen fanden. Die Elternurteile unterschieden sich hingegen nicht nur von den Kinderurteilen, sondern auch zwischen den beiden Kulturgruppen.

4.1.3 Der Zusammenhang von Alter und Geschlecht mit psychopathologischen Auffälligkeiten

Die Eltern schätzten die Jungen insgesamt auf der CBCL (CBCL-Summenwert) auffälliger ein als die Mädchen, jedoch war dieser Unterschied nicht signifikant. Jungen und Mädchen unterschieden sich im Elternurteil in der Ausprägung internalisierende und externalisierender Störungen kaum. Signifikanz erreichten nur die höheren Werte bei Aufmerksamkeitsproblemen für Jungen im Elternurteil. Im Selbsturteil gaben die Mädchen mehr depressive und mehr Angstsymptomatik als die Jungen an, während die Jungen etwas häufiger unter PTSD und Somatisierungsstörungen litten. Keiner dieser Unterschiede erreichte jedoch statistische Signifikanz.

Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Einschätzung der Eltern kann sein, dass Jungen stärker im Fokus ihrer Aufmerksamkeit lagen und Mädchen sich kulturell bedingt entsprechend ihrer familiären Rolle zurückhaltender in der Preisgabe von Symptomatik zeigten. Ergebnisse empirischer Forschung legen nahe, dass Mädchen eher zu internalisierenden Störungen neigen und bei Jungen externalisierende Störungen häufiger sind (Essau et al., 1999a, b, Senstse et al. 2009). Auch verschiedene Flüchtlingsstudien belegen diesen Zusammenhang (Brajša-Žganec 2005, Kolltveit et al. 2012, Slodnjak et al. 2002, Smith et al. 2002, Thabet und Vostanis 1998). Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der Hamburger Flüchtlingskinder, bei denen sich Jungen und Mädchen in der Häufigkeit psychopathologischer Auffälligkeiten nicht signifikant unterschieden. Unterstützend ist hier die BELLA-Studie von Ravens-Sieberer et al. (2007) zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu nennen, in der Jungen und Mädchen ebenfalls in etwa gleiche Raten internalisierender und externalisierender Störungen zeigten. Khamis (2005) fand ebenso wie in der vorliegenden Studie höhere PTSD-Raten bei palästinensischen Jungen als bei palästinensischen Mädchen.

Die Hamburger Flüchtlingskinder zeigten mit zunehmendem Alter mehr psychopathologische Symptomatik. Dies entspricht den Ergebnissen anderer empirischer Studien mit Nichtflüchtlingspopulationen (Ravens-Sieberer et al. 2007, Kashani und Orvaschel 1990, Essau et al. 1999), ebenso wie zahlreicher Flüchtlingsstudien, wie Marley und Mauki (2019) in ihrem Review belegten. In der Metaanalyse europäischer Studien mit Flüchtlingskindern von Dimitrova et al. (2016), zeigten jüngere Kinder mehr internalisierende Störungen, während externalisierende Störungen in der Adoleszenz zunahm. Auch in der vorliegenden Untersuchung gaben Eltern signifikant mehr dissoziale Verhaltensweisen mit zunehmendem Alter ihrer Kinder an. Die Zusammenhänge mit den anderen Skalen wiesen zwar auch die gleiche Richtung auf, waren jedoch bis auf die Skala Soziale Probleme nicht signifikant.

4.1.4 Unterschiede im SES zwischen Heimat und Exil

Wie erwartet war es zu einem signifikanten Abstieg des sozioökonomischen Status der Flüchtlingsfamilien in Deutschland gekommen, wie er auch in anderen Flüchtlingsstudien nachgewiesen wurde (Sinnerbrink et al. 1997, Miller et al. 1994). Nur etwa die Hälfte der zuvor berufstätigen Männer und Frauen hatten in Deutschland gearbeitet und der ISEI ihrer in Deutschland ausgeübten Tätigkeiten war im Mittel nur etwa halb so hoch wie derjenige ihrer ausgeübten Beschäftigungen im Heimatland. Die Zahlen belegen somit die großen Hürden für Flüchtlinge im Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und in der Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Auch der subjektiv wahrgenommene SES der Familie war in Deutschland nur etwa halb so hoch, wie im Heimatland. Die subjektive Stellung der Familie im persönlichen Umfeld sank zwischen der Heimat und Deutschland weniger stark, wenngleich der Unterschied trotzdem signifikant war. Insgesamt schätzten die Familien ihre Stellung im persönlichen Umfeld in beiden Ländern höher ein, als ihren subjektiven SES (Heimat 0,4 Skalenstufen, Deutschland 2,09 Skalenpunktwerte). Dies steht im Einklang mit Ergebnissen anderer Studien, in denen ebenfalls beide Leitern eingesetzt wurden, von denen Adler und Stewart (2007) auf der Homepage des „MacArthur Research Network on SES and Health“ im Kapitel über den subjektiven Sozialstatus und seine Beziehung zum SES berichten (Absatz „relationship of the SES and Community ladders“). In einer von Goldmann et al. (2006) untersuchten taiwanesischen Stichprobe schätzten die Probanden ebenfalls ihre Stellung innerhalb des persönlichen Umfeldes 0,4 Skalenpunktwerte höher ein als ihre Stellung innerhalb Taiwans. Adler und Stewart (2007) berichten aus einer weiteren Studie von Differenzen zwischen subjektivem SES und der Stellung im persönlichen Umfeld von bis zu 0,92 Skalenpunktwerten, die sich zwischen den untersuchten ethnischen Gruppen unterschieden. Die deutlich höhere Diskrepanz beider Skalen für die familiäre Stellung in Deutschland (2,09 Skalenpunktwerte) ist demnach vermutlich der besonderen Lebenssituation von Flüchtlingsfamilien im Exil geschuldet bzw. ihren Erfahrungen im Rahmen von Krieg und Flucht, aufgrund derer sie persönlichen sozialen Beziehungen einen noch höheren Stellenwert beimaßen.

4.1.5 Der Zusammenhang subjektiver und objektiver SES-Indikatoren zwischen Heimatland und Exil

Erwartungsgemäß korrelierten die objektiven SES-Indikatoren von Vater und Mutter untereinander in Deutschland und im Heimatland signifikant positiv, jedoch bestand kein bedeutender Zusammenhang des jeweiligen objektiven SES von Vater und Mutter im Heimatland und ihrem objektiven SES in Deutschland. Lediglich der objektive SES des Vaters in Deutschland korrelierte signifikant positiv mit dem objektiven SES der Mutter in der Heimat. Dies spricht zum einen für Schwierigkeiten der Flüchtlingsfamilien im Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und zu qualifizierten Beschäftigungen in Deutschland. Zum anderen könnten die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass Väter, denen es gelang in Deutschland eine sozioökonomisch höher gestellte Beschäftigung auszuüben, bereits in der Heimat höher qualifiziert und gebildet waren und Partnerinnen hatten, die ebenfalls gebildeter waren und höher qualifizierte Berufe ausübten. Der objektive SES des Vaters korrelierte in der Heimat und in Deutschland signifikant mit dem Wohnraum-Index, was für die Rolle des Vaters als Hauptverdiener der Familie spricht.

Erwartungsgemäß korrelierten auch die beiden Leitern der subjektiven sozialen Stellung (Stellung im persönlichen Umfeld, subjektiver SES) signifikant positiv miteinander. Familien, die ihren subjektiven SES höher einschätzten, schätzten auch ihre Stellung im persönlichen Umfeld höher ein und umgekehrt. Bei den subjektiven Indikatoren bestand auch ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen ihrer Stellung im Heimatland und in Deutschland. Eltern, die ihre Stellung im Heimatland niedriger oder höher eingeschätzt hatten, taten dies in Deutschland auch. Interessanterweise zeigte dabei der subjektive SES der Familie im Heimatland auch einen signifikanten Zusammenhang mit der Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland. Dies könnte dafür sprechen, dass es Familien, die ihren subjektiven SES in der Heimat höher eingeschätzt hatten, in Deutschland leichter fiel, sich sozial zu integrieren und soziale Kontakte zu knüpfen. Dies entspricht dem Ansatz des Ressourcen-Modells zur Erklärung des Zusammenhang von SES und psychischer Gesundheit, wonach Personen mit höherem SES über bessere psychische und soziale Copingressourcen verfügen, um mit Stress und negativen Lebensereignissen umzugehen (vgl. Kapitel 1.1.6.3, Gallo und Matthews 1999, Gallo und Matthews 2003, Dohrenwend 2000, Christie und Barling 2009).

Subjektive und objektive SES-Indikatoren zeigten keine bedeutsamen Zusammenhänge miteinander. Nur der objektive SES der Mutter in Deutschland korrelierte signifikant positiv mit der subjektiven Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland ($r = ,640^*$). Familien, in denen die Mütter einen niedrigen objektiven SES in Deutschland hatten, schätzten ihre Stellung im persönlichen Umfeld in Deutschland auch schlechter ein. Dies spricht zum einen für die besondere Bedeutung der Mütter in der Übertragung sozioökonomischen Stresses (vgl. Kapitel 4.2.3) und kann zum anderen ebenfalls als ein Mangel an Copingressourcen interpretiert werden, der es den Müttern erschwerte soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen (vgl. Kapitel 1.1.6.3, Gallo und Matthews 1999, Gallo und Matthews 2003, National Advisory Mental Health Council 1996, Leventhal und Brooks-Gunn 2000). Auch Goodman et al. (2001) fanden in ihrer Studie zur Testung der Jugendversion der MacArthur Scale of Subjective Social Status einen nur geringen und nicht signifikanten Zusammenhang zwischen dem subjektiven SES der Jugendlichen und der Bildung des Vaters als objektivem SES-Indikator (Spearman's $\rho = ,021$, $P < ,01$). Goodman et al. interpretierten dies dahingehend, dass der subjektive und objektive SES unterschiedliche Komponenten des sozialen Status sind.

4.1.6 Der Zusammenhang elterlicher Zufriedenheit mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder

Der Literatur folgend wurde ein Zusammenhang zwischen elterlicher Belastung während (sozio-) ökonomischer Krisen und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen angenommen (Conger et al. 1992). In der vorliegenden Studie konnte jedoch kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Eltern, als Maß ihrer sozioökonomischen Belastung, und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Eltern- und Selbsturteil gefunden werden, so dass auf die Herauspartialisierung der Zufriedenheit als Störvariable verzichtet wurde (vgl. Kapitel 2.8.5 Datenanalyse). Lediglich die Zufriedenheit der Mütter zeigte geringe erwartungskonforme Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Selbsturteil. Je geringer die Zufriedenheit der Mütter mit ihrer Beschäftigung im Heimatland war, desto mehr depressive Symptomatik gaben die Kinder an ($r = -,326^*$) und je niedriger die Zufriedenheit der Mütter mit ihrer Beschäftigung in Deutschland war, desto mehr Somatisierungsbeschwerden ($r = -,341^*$) gaben die Kinder an. Dies spricht für eine besondere Bedeutung der Mütter in der Übertragung von ökonomischem Stress und entspricht Zusammenhängen, die auch Conger et al (1992) fanden. Auf die besondere Bedeutung der Mutter im Zusammenhang von SES und der psychischen Befindlichkeit der Kinder und Jugendlichen wird in Kapitel 4.2.3 eingegangen.

Die Zufriedenheit der Eltern mit ihren Beschäftigungen sank zwischen ihrem Heimatland und Deutschland signifikant, genau wie der jeweilige ISEI (vgl. Kapitel 4.1.4). Obwohl sich der subjektive Sozialstatus der Familie (Stellung im persönlichen Umfeld und subjektiver SES) und die Wohnsituation der Flüchtlingsfamilien in Deutschland signifikant verschlechterten, unterschied sich ihre Zufriedenheit mit der familiären Stellung und der Wohnsituation zwischen beiden Ländern nur wenig und die Unterschiede waren nicht signifikant. Dies spricht dafür, dass in den subjektiven sozialen Status der Familie andere bzw. weitere Aspekte einfließen, als durch den objektiven SES erfasst werden (vgl. Kapitel 4.2.2.2). Die geringe Abnahme der elterlichen Zufriedenheit mit der Wohnsituation könnte dahingehend interpretiert werden, dass die Eltern aufgrund erlebter Entbehrungen und Belastungen im Rahmen von Krieg und Flucht dem ihnen zur Verfügung stehenden Wohnraum in Deutschland eine andere Bedeutung zumaßen, im Vergleich zu den Wohnverhältnissen in ihrem Heimatland (vgl. auch Kapitel 4.2.2.4). Dennoch überraschen die Ergebnisse, da viele Flüchtlingsstudien übereinstimmend einen Zusammenhang schlechter Wohnbedingungen im Exil (oder in Flüchtlingscamps innerhalb des Herkunftslandes) und schlechter sozioökonomischer Bedingungen bzw. ökonomischen Stresses im Exil berichten (Sundquist 1993,

Porter und Haslam 2005, Dimitrova et al. 2016). Die elterliche Zufriedenheit konnte insgesamt nur wenig zur Varianzaufklärung psychopathologischer Auffälligkeiten der untersuchten Flüchtlingskinder beitragen und hat sich als wenig zielführend zur Erfassung elterlicher Belastung im Rahmen fluchtbedingter ökonomischer Veränderungen erwiesen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Zunächst werden die Zusammenhänge von Prä- und Postmigrations-SES mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen diskutiert, im Anschluss daran wird auf die Zusammenhänge der Wohnsituation im Heimatland und Exil mit der psychischen Befindlichkeit der Kinder und Jugendlichen eingegangen und auf die besondere Bedeutung des mütterlichen SES im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Im Rahmen der Diskussion der Hypothesen die Veränderung des SES betreffend wird auch stellvertretend für die Situation im Herkunftsland und Exil auf die fehlenden bzw. sehr geringen Zusammenhänge der Selbstbeurteilungsskalen mit den SES-Indikatoren eingegangen. In der Diskussion erwähnte Studien finden sich in den Literaturübersichtstabellen 24 und 25 im Anhang 7.7 und 7.8.

4.2.1 Der Zusammenhang von Herkunfts-SES und psychischer Befindlichkeit

4.2.1.1 H₁: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedriger Stellung im persönlichen Umfeld in der Heimat

Für die Hypothese H₁ wurde die Null-Hypothese beibehalten, da keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Heimatland mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder bestanden. Zwar zeigten sich erwartungskonforme Korrelationen mit allen Skalen psychopathologischer Auffälligkeiten im Eltern- und Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen, jedoch erreichten diese nur auf Subskalenniveau mit internalisierende Störungen im Elternurteil Signifikanz.

Dies spricht für die Bedeutung sozialer Eingebundenheit für eine psychisch gesunde Entwicklung von Kindern (Leventhal und Brooks-Gunn 2000, Samaan 2000, National Advisory Mental Health Council 1996). Diese hat demnach nicht nur einen unmittelbar Effekt, sondern zeigt auch längerfristige Auswirkungen.

4.2.1.2 H₂: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem subjektivem Herkunfts-SES der Familie

Für die Hypothese H₂ wurde die Alternativhypothese angenommen, da die Eltern signifikant mehr psychopathologische Auffälligkeiten (CBCL-Summenscore $r = -,454^*$) für ihre Kinder bei niedrigem subjektivem Herkunfts-SES angaben. Es bestanden keine bedeutsamen Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen.

Das Ergebnis steht im Einklang mit verschiedenen Longitudinal- und Follow-Up-Studien mit Nichtflüchtlingspopulationen, die einen negativen Langzeiteffekt eines frühen niedrigen SES auf die psychische Gesundheit von Kindern fanden (Samaan 2000, McLeod und Shanahan 1996, Wadsworth und Achenbach 2005, Webb und Friedemann 1991, Arroyo-Borrell et al. 2017). Verschiedene Flüchtlingsstudien belegen, dass Kinder aus soziökonomisch schwächeren Familien im Krieg stärker belastet sind als ihre Peers mit besserem SES (Mghir und Raskin 1999, Walton et al. 1997, Thabet und Vostanis 1998, Al-Krenawi et al. 2009, Khamis 2005). Demnach kamen die Kinder aus sozioökonomisch schwächeren Familien vermutlich bereits belasteter nach Deutschland. Hierfür sprechen auch die Ergebnisse von Reiss et al. (2019), in deren Studie Kinder, deren Eltern höher gebildet waren, weniger psychische Probleme zeigten, wenn sie mit belastenden Lebensereignissen konfrontiert waren. Gleichzeitig war das Vorhandensein psychischer Probleme stärkster Prädiktor für psychische Probleme zu einem späteren Lebenszeitpunkt. Reiss et al. untersuchten 2111 Kinder (7 - 17 Jahre) der BELLA-Kohorte bei Baseline und nach ein und zwei Jahren bzgl. dem direkten und interaktiven Zusammenhang von SES (gemessen durch Einkommen, Bildung und Arbeitslosigkeit) und belastenden Lebensereignissen auf die psychische Gesundheit. Außer der Bildung hatte keiner der anderen SES-Indikatoren im Vollmodell einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass sich alle genannten Studien auf den objektiven SES bezogen, da zum subjektiven SES bisher keine Langzeit oder Follow-up-Daten vorliegen bzw. der Autorin bekannt sind. Zudem wurde der SES in den erwähnten Flüchtlingsstudien unterschiedlich erfasst. In der Studie von Khamis (2005) war der familiäre ökonomische Druck entscheidend für mehr PTSD-Symptomatik, während in den Studien von Thabet und Vostanis (1998) und Kolltveit et al. (2012) der väterliche Beschäftigungsstatus (arbeitslos oder ungelernt) stärkster prädiktiver Faktor für generalisierte psychische Probleme und PTSD bei palästinensischen Kindern und Jugendlichen war. Verschiedene Untersuchungen identifizierten hohe elterliche Bildung als Schutzfaktor psychischer Gesundheit von Kindern im Krieg (Walton et al. 1997) und im Exil (Mghir und Raskin 1999, Montgomery 2011). Andererseits hatten in der Untersuchung von Kolltveit et

al. (2012) weder Einkommen noch Bildung der Eltern einen Effekt auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder und in der Metaanalyse von Flüchtlingsstudien durch Porter und Haslam (2005) zeigten Flüchtlinge (Kinder und Erwachsene) mit höherer Bildung und höherem SES vor der Flucht eine schlechtere psychische Gesundheit im Exil.

4.2.1.3 H₃ + H₄: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem objektivem SES der Eltern im Herkunftsland

Für die Hypothesen H₃ und H₄ wurden die Nullhypothesen beibehalten. Wider Erwarten berichteten die Eltern mehr psychopathologische Auffälligkeiten ihrer Kinder (CBCL-Sumcore $r = ,428^*$) bei hohem Beschäftigungsstatus der Mutter im Heimatland. Im Selbsturteil der Kinder zeigte sich das gleiche Muster, jedoch erreichten die gefundenen Zusammenhänge keine Signifikanz. Für den väterlichen Beschäftigungsstatus im Heimatland konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Eltern- und Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen gefunden werden. Auf die geringe Bedeutung des väterlichen bzw. die besondere Bedeutung des mütterlichen SES im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Kinder wird in Kapitel 4.2.3 eingegangen.

Die Ergebnisse den mütterlichen Herkunfts-SES betreffend stehen im Widerspruch zu Ergebnissen von Studien mit Nichtflüchtlingspopulationen (Costello et al. 1996, Ravens-Sieberer et al. 2007, Wadsworth und Achenbach 2005). Jedoch wiesen auch Porter und Haslam (2005) in ihrer zuvor genannten sehr umfangreichen Metaanalyse von Studien aus fünf Dekaden über Vertriebene in der ganzen Welt einen solchen Zusammenhang nach. Sie untersuchten potentielle Moderatoren psychischer Gesundheit, wie kontextuelle Variablen und Flüchtlingscharakteristika. Ältere, gebildetere, und weibliche Flüchtlinge, sowie Flüchtlinge mit höherem SES vor der Flucht und einem ländlichen Wohnort vor der Flucht hatten eine schlechtere psychische Gesundheit im Exil. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang kann in einem stärkeren Diskrepanzerleben von Flüchtlingen mit höherem Bildungs- und sozioökonomischem Hintergrund zu ihrem vorherigen Leben liegen, weshalb sie durch die Erlebnisse und Einschnitte von Krieg, Verfolgung und Flucht sowie die Lebensbedingungen im Exil stärker belastet sind, als weniger gebildete und privilegierte Flüchtlinge. In der Literatur ist vielfach belegt, dass derart belastete Mütter weniger in der Lage sind, sich angemessen um ihre Kinder zu kümmern und stabilisierend wirksam zu sein (vgl. Conger et al. 1992, National Advisory Mental Health Council 1996, Harnish et al. 1995), was sich bei den selbst belasteten Flüchtlingskindern besonders negativ auswirken kann.

In der Fall-Kontroll-Studie von Montgomery (2011) war eine bessere Bildung der Mutter mit weniger psychischen Langzeitproblemen bei jugendlichen und jungerwachsenen Flüchtlingen in Dänemark verbunden. Forschungsergebnisse zeigen, dass höhere Bildung, als ein zeitlich stabiler Aspekt des SES, mit besseren Bewältigungsmöglichkeiten von Eltern (National Advisory Mental Health Council 1996, Gallo und Matthews 1999) und Kindern (Reiss et al. 2019), weniger risikobehafteten Verhaltensweisen (National Advisory Mental Health Council 1996) und weniger Anpassungsschwierigkeiten von Flüchtlingen im Exil verbunden sind (Mghir und Raskin 1999, Marsh 1980, Tran 1992). Somit waren die höher gebildeten Mütter in der Studie von Montgomery mittelfristig vermutlich besser in der Lage günstige Rahmenbedingungen für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder im Exil zu schaffen.

4.2.2 Der Zusammenhang von Exil-SES und psychischer Befindlichkeit

4.2.2.1 H₆: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedriger Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Exil

Für die Hypothese H₆ wurde die Alternativhypothese angenommen. Es konnten erwartungskonforme Zusammenhänge gefunden werden. Wenngleich die Zusammenhänge gering waren erreichten sie Signifikanz für den CBCL-Summenscore ($r = -,285^*$), die Subskala internalisierende Störungen ($r = -,321^*$) und die Angstskala im Selbsturteil der Kinder ($r = -,365^*$). Es ist hervorzuheben, dass der gefundene Zusammenhang zwischen der familiären Stellung im persönlichen Umfeld in Deutschland mit Angst im Selbsturteil der Kinder der einzige signifikante Zusammenhang aller untersuchten Indikatoren sozialer Stellung in der Heimat und im Exil mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Selbsturteil war. Demnach berichteten Kinder weniger Angstsymptomatik und gaben Eltern weniger psychopathologische Symptomatik insgesamt für ihre Kinder an, wenn sie ihre Stellung im persönlichen Umfeld in Deutschland besser einschätzten.

Dies steht im Einklang mit anderen Forschungsergebnissen, die ebenfalls den Zusammenhang sozialer Stellung im persönlichen Umfeld auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersuchten (Goodman et al. 2001, McLaughlin et al. 2012). Goodman et al. (2001) testeten die Jugendversion der MacArthur Scale of Subjective Social Status, bei der die Jugendlichen (N = 10843) ihren subjektiven SES anhand der gleichen Indikatoren wie die Erwachsenen einschätzten, sich die Stellung im persönlichen Umfeld jedoch auf die Schulsituation der Jugendlichen bezog. Beide Skalen waren signifikant negativ mit depressiver Symptomatik der Jugendlichen verbunden, jedoch blieb nach Einbeziehung von Selbstachtung und Popularität nur die Beziehung mit der Community-Leiter signifikant. Die Autoren sahen dies vor allem in der alters- und entwicklungsbedingt stärkeren Außenorien-

tierung der Jugendlichen begründet, für die mit zunehmendem Alter insbesondere die Einbindung in ihre Peergruppe und die Orientierung an deren Normen, Erwartungen und Verhaltensweisen einen immer größeren Stellenwert einnimmt. McLaughlin et al. (2012) untersuchten den Zusammenhang verschiedener SES-Aspekte (absoluter und relativer SES) auf verschiedene psychische Erkrankungen bei Jugendlichen (N = 6483, 13 - 17 Jahre) und erfassten hierzu verschiedene objektive SES-Indikatoren (Haushaltseinkommen, Bildung, Abweichung des Haushaltseinkommens vom mittleren Einkommen des Zensusgebietes) und den subjektiven Sozialstatus der Jugendlichen. Die Jugendlichen schätzten sich hierzu auf der MacArthur Scale of Subjective Social Status (Jugendversion) im Vergleich zu anderen Jugendlichen in ihrer Schule, Nachbarschaft oder der Gemeinde ein. Jugendliche, die sich auf der MacArthur Scale of Subjective Social Status einen Schritt höher einschätzten, zeigten deutlich geringere Odds-Ratios für psychische Auffälligkeiten. Bei Berücksichtigung aller SES-Indikatoren zeigte der subjektive Sozialstatus als einziger signifikante Beziehungen zu allen untersuchten Störungstypen. Allerdings nahm der Zusammenhang ab, wenn die Eltern der geringsten Bildungsgruppe angehörten und war zudem abhängig von der ethnischen Zugehörigkeit. Afroamerikanische Jugendliche, die in den USA eine lange Geschichte anhaltender Erfahrungen sozioökonomischer Benachteiligung haben, zeigten als einzige Gruppe in ihrer Untersuchung keinen Zusammenhang des subjektiven Sozialstatus mit der psychischen Gesundheit. McLaughlin et al. vermuteten, dass die afroamerikanischen Jugendlichen ihre eigenen Zukunftserwartungen bereits früh in ihrem Leben zurückgeschraubt hatten. Im Unterschied zu den vorgenannten Studien wurde in der vorliegenden Untersuchung die Stellung im persönlichen Umfeld nicht durch die Kinder selbst erfasst, sondern bezog sich auf das familiäre Umfeld. Dennoch ist davon auszugehen, dass dies eine gute Annäherung an die Situation der Kinder darstellt, da in Flüchtlingsfamilien meist ein sehr enger familiärer Zusammenhalt mit einer oft nur beschränkten Zahl an Sozialkontakten außerhalb der Familie besteht.

Die gefundenen Zusammenhänge stehen auch im Einklang mit aktuellen Flüchtlingsstudien, die die Bedeutung sozialer Unterstützung und Einbindung für eine gesunde psychische Entwicklung von Flüchtlingskindern im Exil belegen (Montgomery 2011, Marley und Mauki 2019). Marley und Mauki (2019), identifizierten in ihrer Metaanalyse von Studien mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen (N = 2959, 6 - 19 Jahre) in einkommensstarken Ländern gute soziale Beziehungen (positive Familienbeziehungen, familiärer Zusammenhalt und unterstützende Beziehungen zu Peers) und einen regelmäßigen Schulbesuch als protektive Faktoren einer gesunden Entwicklung. Dabei spielte nicht nur die soziale Unterstützung im unmittelbaren Umfeld der Flüchtlingsfamilien eine Rolle für eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, sondern auch die gesellschaftliche und

politische Haltung des Fluchtlandes, im Sinne einer Bereitschaft zur Integration von Flüchtlingen und der Akzeptanz kultureller Diversität (vgl. auch Dimitrova et al. 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sprechen dafür, dass Flüchtlingskinder bei geringer Stellung der Familie im persönlichen Umfeld im Exil nicht ausreichend sozial eingebunden waren und ihnen somit die Möglichkeiten zu positiven und Sicherheit vermittelnden Sozialkontakten außerhalb ihrer Familien fehlten. Dies erschwerte vermutlich ihre Stabilisierung und Integration und führte zu Verunsicherung, die sich in der vermehrten Angstsymptomatik ausdrückt. Dabei ist unklar, ob es sich um einen Mangel an „äußeren Möglichkeiten“ der Familien zur Knüpfung und Aufrechterhaltung von Sozialkontakten handelte, oder um mangelnde „innere Möglichkeiten“, im Sinne einer mangelnden Bereitschaft bzw. Fähigkeit der Familien zum Aufbau und der Aufrechterhaltung von Sozialkontakten aufgrund eigener psychischer Belastungen. Wahrscheinlich ist eine Kombination aus beidem.

4.2.2.2 H₇: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem subjektivem SES im Exil

Für Hypothese H₇ wurde die Nullhypothese beibehalten. Zwar konnte ein erwartungskonformer Zusammenhang mit der Einschätzung psychopathologischer Auffälligkeiten durch die Eltern auf der CBCL (CBCL Summenscore $r = -,276$) gefunden werden, jedoch war dieser gering und erreichte nur auf Subskalenniveau für internalisierende Störungen Signifikanz ($r = -,307^*$). Die Eltern gaben bei niedrigem familiärem subjektivem SES mehr internalisierende Auffälligkeiten für ihre Kinder an. Mit den Selbstbeurteilungsskalen der Kinder und Jugendlichen ergaben sich keine bedeutsamen Zusammenhänge.

Das Ergebnis steht im Einklang mit empirischen Studien, die den Zusammenhang des subjektiven SES mit der psychischen Gesundheit von Kindern untersuchten. Goodman et al. (2001) belegten einen unabhängigen Zusammenhang des subjektiven SES mit psychischer und physischer Gesundheit der Jugendlichen. Ein höherer subjektiver SES der Jugendlichen war mit weniger depressiven Symptomen verbunden. Dieser Zusammenhang wurde durch die Einbeziehung soziodemografischer Variablen und besonders durch psychologische Kovariablen wie den Selbstwert zwar deutlich geschwächt, blieb aber signifikant. Bøe et al. (2018) fanden in einer Gruppe norwegischer Jugendlicher ($N = 2043$) mehr emotionale und Verhaltensprobleme, mehr Hyperaktivität und mehr Peerprobleme bei niedrigem selbst wahrgenommenem SES. Ein niedriger selbst wahrgenommener SES wurde definiert als niedriges Bildungsniveau der Eltern oder eine wirtschaftlich schlechter empfundene Situation im Vergleich zu anderen. Die Exposition zu „life events“ und familiären Stressoren erklärte einen Teil dieser Beziehung. In der Studie von Bannink et al. (2016) mit englischen Kindern ($N = 11618$, $M = 11$ Jahre) war eine wahrgenommene Abweichung der eigenen

ökonomischen Situation von derer ihrer Freunde mit niedrigerem Selbstwert und einer geringeren Lebenszufriedenheit verbunden, unabhängig davon, ob sie sich selbst als reicher oder ärmer einschätzten. Demnach war auch hier, ähnlich wie bei Goodman et al. (2001) die wahrgenommene Abweichung von der Peergruppe entscheidend für den Selbstwert und das Wohlbefinden der Jugendlichen und weniger die finanziellen Aspekte.

Der subjektive SES im Exil war weniger stark mit der psychischen Gesundheit der Kinder verbunden als der subjektive SES des Herkunftslandes. Dies spricht dafür, dass im Exil die Bedeutung des subjektiven SES für die Familien abnahm und vor dem Hintergrund der Erfahrungen durch Krieg und Flucht andere Aspekte, wie beispielsweise soziale Beziehungen an Bedeutungen gewannen (vgl. Kapitel 4.2.4.1). Außerdem fließen in den subjektiven SES neben Informationen über Einkommen, Bildung und Beschäftigungsprestige weitere subjektive Aspekte der eigenen Stellung ein, die sich in der Einschätzung der Eltern zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten unterschieden haben können. Nach Snibbe et al. (zitiert nach Adler und Stewart 2007, Kapitel Relationship to SES, Absatz „Qualitative investigation of criteria used for SES ladder rankings“) gehören hierzu Aspekte persönlicher Qualitäten des Selbstwerts (Ethik und Spiritualität, Gesundheit, soziale Verantwortung, altruistische Lebenseinstellung), während McLaughlin et al. (2012) einen Einfluss von Erwartungen an die eigene Perspektive annahmen. Es ist darüber hinaus nicht auszuschließen, dass ein mangelndes Zugehörigkeitsgefühl der Flüchtlingsfamilien zur deutschen Gesellschaft in der vorliegenden Untersuchung dazu beigetragen haben kann, dass ihnen die Einschätzung im Vergleich zu allen Menschen des Landes schwerer fiel.

4.2.2.3 $H_8 + H_9$: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei niedrigem objektivem SES im Exil

Für die Hypothese H_8 und H_9 wurden die Nullhypothesen beibehalten, da keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Beschäftigungsstatus der Eltern im Exil und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen gefunden wurden. Zwar ergaben sich für den ISEI der Mutter im Exil (H_8) erwartungskonforme Zusammenhänge geringer bis mittlerer Stärke mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Elternurteil (CBCL-Summscore $r = -,370$ und v. a. internalisierende Störungen $r = -,532$), jedoch wurden diese aufgrund der kleinen Stichprobe ($n = 10$) nicht signifikant. In den Selbstbeurteilungsskalen der Kinder und Jugendlichen zeigte sich das gleiche Muster für den SES der Mutter, wenngleich die Zusammenhänge nur gering oder sehr gering ausgeprägt waren. Es ist davon auszugehen, dass in einer größeren Stichprobe signifikante Zusammenhänge gefunden worden wären. Der ISEI des Vaters im Exil (H_9) zeigte keine bedeutsamen Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern- und Selbsturteil. In Kapitel 4.2.3 wird

die geringe Bedeutung des väterlichen SES bzw. die besondere Bedeutung des mütterlichen SES im Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen diskutiert.

Die Richtung der gefundenen Zusammenhänge zwischen dem SES der Mütter und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen steht im Einklang mit Forschungsergebnissen verschiedener empirischer Studien mit Nichtflüchtlingspopulationen, die mehr psychopathologische Auffälligkeiten von Kindern mit niedrigem SES nachwiesen (Costello et al. 1996, Ravens-Sieberer et al. 2007, McLaughlin et al. 2012, Reiss et al. 2019). Auch hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass der SES in den verschiedenen Studien durch unterschiedliche Indikatoren erfasst wurde. In der Studie von Costello et al. (1996) litten arme Kinder und Jugendliche mehr als doppelt so häufig an psychopathologischen Auffälligkeiten, verglichen mit den gefundenen durchschnittlichen Prävalenzen der Gesamtstichprobe (N = 1015). Ravens-Sieberer et al. (2007) wiesen einen negativen Zusammenhang zwischen dem SES, erfasst durch den Winkler-Index, und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (N = 2863, 7 – 17 Jahre) nach. In der Untersuchung von McLaughlin et al. (2012) war von den erfassten objektiven SES-Indikatoren (Bildung der Eltern, Haushaltseinkommen im Verhältnis zur Armutsgrenze und zum mittleren Haushaltseinkommen des Zensusgebiets, Gini-Koeffizient) nur die elterliche Bildung mit der psychischen Gesundheit der Jugendlichen verbunden. Eine geringe elterliche Bildung war mit einer Zunahme von Angststörungen und psychischen Auffälligkeiten insgesamt verbunden. Dieser Zusammenhang galt jedoch nur für die Amerikaner mit europäischen Wurzeln, nicht jedoch für die Gruppe der Afroamerikaner, für die keine signifikanten Zusammenhänge zwischen SES und kindlichen Psychopathologien nachgewiesen werden konnten. Auch Reiss et al. (2019) konnten nach Berücksichtigung von Störvariablen nur für die Bildung der Eltern einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit nachweisen, nicht jedoch für Einkommen oder Arbeitslosigkeit.

Verschiedene Flüchtlings- und Migrationsstudien belegen einen negativen Effekt von niedrigem SES, ökonomischen Schwierigkeiten oder niedrigem materiellen Standard auf die psychische Gesundheit von erwachsenen Flüchtlingen (Porter und Haslam 2005, Sundquist 1993, Sundquist et al. 2000) und Flüchtlingskindern (Porter und Haslam 2005, Mock-Muñoz de Luna et al. 2018, Brettschneider et al. 2015) im Exil. Mock-Muñoz de Luna et al. (2018) untersuchten in einer Metaanalyse skandinavischer Migrationsstudien den Gesundheitsstatus von Immigrantenkindern (Flüchtlinge und Immigranten, 3-17 Jahre) aus nichtwestlichen Ländern im Vergleich zur Mehrheit skandinavischer Kinder aus Dänemark, Norwegen und Schweden und die Rolle des SES in diesem Zusammenhang. Neun der 27 Studien untersuchten die psychische Gesundheit, darunter fünf Studien zur allgemeinen

psychischen Gesundheit (erfasst durch den Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ, oder die SCL) und vier Studien zu spezifischen psychiatrischen Störungen nach ICD10 und DSM-IV (Schizophrenie und andere Psychosen, ADHS, ODD, Autismus). Immigrantenkinder zeigten in den meisten Studien eine schlechtere psychische Gesundheit als ihre einheimischen Peers. In vier der fünf Studien zur allgemeinen psychischen Gesundheit verschwanden diese ethnischen Unterschiede nach Kontrolle für den SES und andere Variablen. In den übrigen Studien zur allgemeinen psychischen Gesundheit und spezifischen psychiatrischen Störungen nahmen die ethnischen Unterschiede in der Ausprägung psychiatrischer Auffälligkeiten nach Kontrolle für den SES und andere Variablen ab, blieben aber signifikant. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass der SES in den einbezogenen Studien sehr unterschiedlich erfasst wurde (vgl. Tabelle 25). Brettschneider et al. (2015) belegten, dass in Deutschland Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger psychische Probleme berichteten, als Jugendliche ohne oder mit nur einseitigem Migrationshintergrund (N = 6719, 11 - 17 Jahre). Dieser Zusammenhang konnte zum Teil durch den SES (gemessen durch den Winkler-Index) erklärt werden. Im Gegensatz zu den zuvor genannten Studien konnten Dimitrova et al. (2016) in ihrer Metaanalyse 51 europäischer Migrationsstudien bzgl. moderierender Einflüsse auf die Anpassungsleistungen von Immigrantenkinder und Jugendlichen in Europa (N = 224.197) keinen signifikanten Zusammenhang von SES (Bildung und Beschäftigungsstatus, hoch oder niedrig) und psychischer Gesundheit nachweisen. Als Variablen der Anpassungsleistung untersuchten sie internalisierende und externalisierende Störungen sowie Schulleistungen. Es bestand kein Zusammenhang zwischen SES und externalisierenden Störungen. Migrantenkinder mit niedrigem SES zeigten mehr internalisierende Störungen, jedoch erreichte dieser Zusammenhang keine Signifikanz. Ein signifikanter Zusammenhang bestand aber zwischen niedrigem SES und schlechteren schulischen Leistungen bei Migrantenkinder und ihren einheimischen Peers. Dieser Effekt war noch ausgeprägter in Studien mit geringerem Mädchenanteil. Flüchtlingskinder sind demnach in Gefahr in einen negativen Kreislauf anhaltender Armut zu geraten. Alle genannten Autoren stimmten darin überein, dass neben dem SES weitere Postmigrationsfaktoren die psychische Gesundheit von Flüchtlingen im Exil beeinflussen. Einen Überblick über die Studienlage bzgl. des Zusammenhangs von SES und psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus nichtklinischen Stichproben gibt die Tabelle 24 im Anhang 7.7. Flüchtlingsstudien, die den Einfluss des SES berücksichtigen sind in der Tabelle 25 im Anhang 7.8 aufgeführt.

4.2.2.4 H₅ + H₁₀: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei beengten Wohnverhältnissen in der Heimat und im Exil

Für die Hypothesen H₅ und H₁₀ wurden die Nullhypothesen beibehalten. Es konnte kein bedeutsamer Zusammenhang für die Wohnsituation im Heimatland mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Eltern- und Selbsturteil gefunden werden. Für die Wohnsituation in Deutschland ergab sich ein erwartungswidriger Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Elternurteil und kein bedeutsamer Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung psychischer Gesundheit der Kinder. Bei ungünstigeren (beengteren) Wohnverhältnissen in Deutschland gaben die Eltern signifikant weniger psychopathologische Auffälligkeiten auf der CBCL (Summenscore) an.

Die Ergebnisse stehen im Widerspruch zu Ergebnissen anderer Flüchtlingsstudien, die einen Zusammenhang beengter Wohnverhältnisse und vermehrten psychopathologischen Auffälligkeiten nachwiesen (Sundquist 1993, Porter und Haslam 2005, Dimitrova et al. 2016). Der gefundene Zusammenhang könnte als eine Anpassungsleistung der Kinder und Jugendlichen interpretiert werden, die nach überstandener Flucht im Exil darum bemüht waren, ihre Eltern durch die Preisgabe eigener Symptomatik möglichst wenig zu belasten und dies möglicherweise gerade dann von besonderer Bedeutung war, wenn sie auf engem Wohnraum zusammenlebten (vgl. auch Kapitel 1.1.7).

4.2.3 Die besondere Bedeutung des mütterlichen SES für die psychische Gesundheit

Unter den objektiven SES-Indikatoren bestanden nur für den SES der Mütter in der Heimat und im Exil bedeutsame Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Elternurteil, der für den ISEI der Mütter im Heimatland signifikant wurde (CBCL-Summenscore $r = ,428^*$). Die Muster der gefundenen Zusammenhänge zwischen dem SES der Mütter und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern- und Selbsturteil waren einheitlich. Nur der mütterliche SES in Deutschland korrelierte signifikant mit der subjektiven Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland ($r = ,640^*$), die wiederum signifikant mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Selbst- und Elternurteil verbunden waren. Im Gegensatz dazu bestanden keine bedeutsamen Zusammenhänge des SES der Väter in der Heimat und im Exil mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Elternurteil. Die Zusammenhänge des väterlichen SES mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen waren von sehr geringer bis geringer Größe und zeigten ein uneinheitliches Muster, weshalb eine weiterführende Interpretation dieser Ergebnisse nicht sinnvoll ist. Weiterhin zeigte nur die mütterliche Zufriedenheit mit ihrer Beschäftigung in der Heimat (Depressivität $r = -,326^*$)

und im Exil (Somatisierung $r = -,341^*$) einen signifikanten Zusammenhang mit kindlichen Psychopathologien im Selbsturteil (vgl. Kapitel 2.8.5). Die Zufriedenheit des Vaters mit seiner Beschäftigung und die Zufriedenheit der Eltern mit der familiären Stellung zeigten hingegen keine bedeutsamen Zusammenhänge mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder.

Auch wenn der fehlende Zusammenhang kindlicher Psychopathologien mit dem väterlichen ISEI im Exil möglicherweise der sehr kleinen Stichprobengröße ($n = 10$) geschuldet ist, weisen auch andere Studien auf die besondere Bedeutung von Müttern in der Übertragung von sozioökonomischem Stress auf ihre Kinder hin. In der zuvor erwähnten Studie von Montgomery (2011) wirkte nur die mütterliche Bildung als potentieller Schutzfaktor für weniger psychische Langzeitprobleme der untersuchten Flüchtlingskinder. Dies kann an einer kulturell bedingt relativ konservativen Rollenaufteilung in Flüchtlingsfamilien liegen, bei der die Mutter in ganz überwiegendem Maße für die Erziehung der Kinder und auch die „emotionale Arbeit“ in der Familie zuständig ist. Conger et al. (1992) wiesen einen Einfluss ökonomischen Stresses auf Kinder über das Erziehungsverhalten ihrer Eltern nach. Dieses war bei den Müttern stärker durch ihre depressive Symptomatik beeinflusst, während für das Erziehungsverhalten der Väter Ehekonflikte bedeutsamer waren, welche wiederum in direkter Beziehung zur mütterlichen depressiven Symptomatik standen. Darüber hinaus war nur das mütterliche Erziehungsverhalten direkt vom Einkommen beeinflusst. Es gibt Hinweise auf grundsätzliche Unterschiede in den Reaktionsweisen von Männern und Frauen auf Belastungen, die im Kontext physiologischer, kultureller und sozialer Faktoren zu bewerten sind. Robertson et al. (2016) untersuchten das psychische Funktionsniveau traumatisierter Flüchtlinge und fanden gravierende Unterschiede in den Reaktionen auf Traumata zwischen Männern und Frauen. Familienvariablen hatten dabei nur auf das psychische Funktionsniveau von Frauen Einfluss. Das Zusammenleben mit einem Partner entlastete die traumatisierten Frauen, während eine zunehmende Zahl an Kindern die Frauen destabilisierte. Traumata zeigten bei Männern eine lineare Beziehung zu ihrer psychischen Funktionsfähigkeit, während Frauen erst ab einer Traumaakkumulation von über 18 Traumata in ihrer psychischen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt waren.

4.2.4 Der Zusammenhang von Veränderungen des SES mit der psychischen Befindlichkeit

Es werden zunächst die Hypothesen bzgl. des Zusammenhangs eines SES-Abstiegs und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen diskutiert und im An-

schluss daran auf den fehlenden Zusammenhang selbst eingeschätzter kindlicher Psychopathologien mit dem SES in der Heimat und im Exil bzw. Veränderungen des SES und der Stellung im persönlichen Umfeld eingegangen.

4.2.4.1 H₁₁: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei einer Verschlechterung der Stellung im persönlichen Umfeld

Für die Hypothese H₁₁ wurde die Null-Hypothese beibehalten, da keine signifikanten Zusammenhänge zwischen einer Verschlechterung der subjektiven Stellung im persönlichen Umfeld der Familie mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern und Selbsturteil gefunden wurden.

Das Fehlen eines signifikanten Zusammenhanges zwischen der Veränderung der Stellung im persönlichen Umfeld und psychischen Auffälligkeiten der Flüchtlingskinder im Exil spricht dafür, dass nicht die Veränderung der Stellung im persönlichen Umfeld entscheidend war, sondern das Bestehen eines sozialen Netzwerkes vor und vor allem nach der Flucht. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Montgomery (2011) und der Metaanalyse von Flüchtlingsstudien von Marley und Mauki (2019) die belegten, dass jugendliche Flüchtlinge auch bei objektiver Not eine bessere psychische Gesundheit zeigten, wenn unterstützende Beziehungen durch Peers vorhanden waren. Je mehr Flüchtlingskinder Schwierigkeiten und Elend ausgesetzt waren, desto mehr hingen ihre adaptiven Fähigkeiten von der Qualität ihrer Umgebung, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem Zugang zu diesen Ressourcen ab. Eine Zunahme der Bedeutung des sozialen Netzwerkes bei niedrigem SES bzw. wenig zur Verfügung stehenden Ressourcen konnte auch in verschiedenen Nicht-Flüchtlingsstudien nachgewiesen werden (Leventhal und Brooks-Gunn 2000, Samaan 2000). Die besondere Bedeutung sozialer Netzwerke in Krisenzeiten zeigt sich auch darin, dass die Eltern ihre Stellung im persönlichen Umfeld in Deutschland nicht wesentlich geringer einschätzten als im Heimatland (1,43 Skalenpunkte Differenz), während sie ihre Stellung im Vergleich zu allen Menschen des Landes (subjektiver SES) in Deutschland deutlich geringer einschätzten als im Heimatland (3,11 Skalenpunkte Differenz). Auch Adler und Stewart (2007) gingen davon aus, dass die Stellung im persönlichen Umfeld insbesondere dann wertvolle zusätzliche Erkenntnisse liefern kann, wenn der subjektive SES niedrig ist.

Eine weitere mögliche Ursache für den fehlenden Zusammenhang eines Abstiegs der Stellung im persönlichen Umfeld mit der psychischen Gesundheit der Kinder kann darin liegen, dass die „Community-Skala“ viel Spielraum in der Interpretation sowohl der Bezugsgruppe, als auch der Attribuierung der Bezugsvariablen lässt, die sich zudem zwischen den Untersuchungszeitpunkten und den verschiedenen untersuchten ethnischen Subgruppen unterscheiden können. Snibbe et al. (zitiert nach Adler und Stewart 2007) untersuchten im

Auftrag des MacArthur Research Networks in einer qualitativen Studie an 60 Probanden der CARDIA-Studie, nach welchen Kriterien diese sich auf den beiden Leitern der MacArthur Scale of Subjective Social Status einordneten. Die Analyse der Interpretation der Community-Leiter zeigte große Unterschiede in der Definition der Bezugsgruppe sowie der Definition der einzuschätzenden Variablen. Die Mehrheit der Befragten definierte die „Community“ als ihre Nachbarschaft (57 %) nachfolgend stimmten sie Definitionen wie Heimatstadt (37 %), religiöse Gruppe (22 %), soziale Unterstützer (20 %), Arbeitsplatz (18 %), Familie (18 %), Freunde (12 %) oder die Nation bzw. Welt (10 %) zu. Mehr als die Hälfte der Befragten gab aber auch eigene spezifische Vorstellungen der „Community“ an, die in keine der vorgegebenen Kategorien passte. Sie bezogen sich weniger auf Reichtum (25 %), Bildung (7 %) oder ihre Beschäftigung (22 %), um ihre Stellung einzuordnen, sondern erwähnten stattdessen viel öfter die Art und Weise wie sie anderen Gutes tun (als Spender, gute Bürger und gute Nachbarn (87 %)). 62 % der Befragten bezogen sich darauf, wie sehr sie von anderen gemocht und respektiert wurden, 50 % bezogen sich auf ihr Gefühl nicht genug für die Gemeinde zu tun, 37 % bezogen sich auf die Rolle des Anführers, 32 % auf Elternschaft und 12 % lehnten Materialismus als Attribut für die Community-Leiter ab. Die Attribuierung der Skala unterschied sich zwischen den verschiedenen ethnisch-kulturellen Gruppen. Afroamerikaner bezogen sich als „Minderheitengruppe“ häufiger auf das Einkommen sowie ethische/spirituelle Dinge, während Amerikaner mit europäischen Wurzeln sich eher auf die Bildung bezogen.

4.2.4.2 H₁₂: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil bei subjektivem SES-Abstieg

Für die Hypothese H₁₂ wurde die Nullhypothese beibehalten, da sich wider Erwarten ein negativer Zusammenhang zwischen einem Abstieg im subjektiven SES mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern- und Selbsturteil ergab. Dieser war für das Selbsturteil sehr gering und das Elternurteil gering und erreichte keine Signifikanz. Die Eltern gaben also bei einem erlebten subjektiven SES-Abstieg tendenziell weniger psychopathologische Auffälligkeiten ihrer Kinder an.

Das Ergebnis kann als Anpassungsleistung der Kinder interpretiert werden, welche sich durch angepasstes, regel- und rollenkonformes Verhalten darum bemühten ihre belasteten Eltern zu schützen und Erwartungen ihrer Eltern, die diese in die Zukunft der Familie und Kinder im Exil gesetzt hatten, nicht zu enttäuschen. Auch andere Flüchtlingsstudien beschrieben, dass Flüchtlingskinder eine gute Funktionsfähigkeit bzw. psychische Gesundheit trotz vorhandener Belastungen zeigten, was als „Immigranten-Paradoxon“ weiter erforscht wird (Angel et al. 2001, Slodnjak et al. 2002, Dimitrova et al. 2016, vgl. Kapitel 1.1.7). Für

ein rollenkonformes Verhalten der Kinder spricht, dass für die Mädchen ($n = 16$) in fast allen Subskalen der CBCL signifikant negative Zusammenhänge mit einem SES-Abstieg bestanden, während bei den Jungen ($n = 19$) nur eine fehleranfällige Subskala (schizoid zwanghaftes Verhalten) signifikant negativ mit der Veränderung des subjektiven SES korrelierte. Es ist aber auch möglich, dass die Eltern die psychische Belastung ihrer Kinder aufgrund eigener Belastungen unterschätzten, wie es aus anderen Flüchtlingsstudien bekannt ist (Sack et al. 1994, Almqvist und Brandell-Forsberg 1997, Rousseau et al. 2000, vgl. Kapitel 4.1.2 und 1.1.4.3).

4.2.4.3 H_{13} und H_{14} : Mehr psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil bei objektivem SES-Abstieg

Für die Hypothesen H_{13} und H_{14} wurden die Alternativhypothesen angenommen. Je stärker der SES der Mutter bzw. des Vaters abnahm, desto mehr psychische Auffälligkeiten gaben die Eltern auf der CBCL an (Summenscore Mutter $r = ,594^*$, Vater $r = ,601^*$). Obwohl es sich um mittlere bis hohe Korrelationen handelt sind die Zusammenhänge aufgrund der sehr kleinen Stichproben ($n = 9$) vorsichtig zu interpretieren. Im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen war lediglich die Zunahme depressiver Symptomatik bei einem objektiven SES-Abstieg insbesondere beim Vater und in geringerem Ausmaß bei der Mutter erwähnenswert. Diese Korrelationen weisen jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Signifikanz auf und sollten nur mit Vorsicht interpretiert werden. Da sich die gefundenen Zusammenhänge des veränderten SES von Mutter und Vater mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder in der Richtung ihres Zusammenhanges entsprechen werden sie gemeinsam diskutiert.

Die Ergebnisse bestätigen die zuvor gefundene Beziehung von hohem Herkunfts-SES der Mütter mit vermehrten psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Exil und stehen im Einklang mit der bereits vorgestellten Metaanalyse von Flüchtlingsstudien von Porter und Haslam (2005), die mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei Flüchtlingen mit höherer Bildung und höherem SES vor der Flucht fanden. Auch hier wird von einem verstärkten Diskrepanzerleben der Eltern zwischen ihrem Leben im Exil im Vergleich zu dem vor ihrer Flucht ausgegangen, welches der Literatur folgend mit Einschränkungen ihres psychischen Wohlbefindens und Fürsorgeverhaltens und in der Folge vermehrten psychopathologischen Auffälligkeiten ihrer Kinder einherging (Conger et al. 1992, National Advisory Mental Health Council 1996, Harnish et al. 1995). Der Abstieg im Beschäftigungsstatus der berufstätigen Eltern, aber auch die fehlende Berufstätigkeit der Mehrheit der Flüchtlingseltern in Deutschland, weisen nicht nur auf einen Verlust an gesellschaftlichem Ansehen hin, sondern v. a. auf eine fehlende angemessene Teilhabe in der Gesellschaft (vgl. Oppolzer 1994).

4.2.4.4 H₁₅: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil bei Verschlechterung der Wohnsituation

Für die Hypothese H₁₅ wurde die Nullhypothese beibehalten, da die Eltern bei einer Verschlechterung der Wohnsituation wider Erwarten weniger psychopathologische Auffälligkeiten ihrer Kinder berichteten, wenngleich dieser Zusammenhang gering war und deshalb vorsichtig interpretiert werden sollte. Es bestanden keine bedeutsamen Korrelationen zwischen einer Verschlechterung der familiären Wohnsituation und psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen.

Auch hier könnte das Ergebnis wiederum für eine Anpassungsleistung der Kinder im Sinne des Immigranten-Paradoxons sprechen, wie es für Hypothese H₁₂ in Kapitel 4.2.4.2 diskutiert wurde. Andererseits zeigte sich in den Daten, dass die Zufriedenheit der Eltern mit der Wohnsituation nicht bedeutsam sank, obwohl sich die Wohnsituation signifikant verschlechterte. Möglicherweise waren die Familien nach der Zeit der Unsicherheit und Entbehrung während des Krieges und auf der Flucht froh darüber, überhaupt wieder eine feste und sichere Unterkunft zu haben, unabhängig von dem zur Verfügung stehenden Wohnraum. Außerdem spricht ein höherer Wohnraum Index dafür, dass mehr Personen in den zur Verfügung stehenden Räumen lebten, was wiederum dafür sprechen könnte, dass mehr Personen gemeinsam die Flucht nach Deutschland gelungen war und sich dieser Zusammenhang positiv auf die Kinder und Jugendlichen auswirkte.

4.2.4.5 H₁₆: Mehr psychopathologische Auffälligkeiten bei höherem familiärem Risikoindex

Für die Hypothese H₁₆ wurde die Alternativhypothese angenommen, da die Kinder signifikant mehr PTSD-Symptomatik und Depressionen bei höherem familiären Risikoindex berichteten. Es handelt sich jedoch um geringe Korrelationen, weshalb diese vorsichtig zu interpretieren sind. Dieser Zusammenhang beruhte insbesondere auf dem Zusammenhang von Streit und Disharmonie in der Familie mit PTSD, Depression und Angstsymptomatik im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen. Aber auch seelische Erkrankungen der Mutter und in noch stärkerem Ausmaß des Vaters korrelierten mit mehr PTSD und depressiver Symptomatik der Kinder und Jugendlichen im Selbsturteil. Im Elternurteil waren nur Streit und Disharmonie in der Familie mit einer Zunahme der von ihnen berichteten kindlichen Symptomatik verbunden. Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge des FAI mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Elternurteil belegt werden.

Das Ergebnis steht im Einklang mit Forschungsergebnissen der Risiko- und Schutzfaktorforschung, wonach sich die Effekte mehrerer Belastungs- oder Risikofaktoren addieren und sich wechselseitig verstärken können und so als Multiplikatoren die Wahrscheinlichkeit für

das Auftreten von Problemen in anderen Bereichen im Entwicklungsverlauf erhöhen und zu hohen Komorbiditätsraten führen (vgl. Egle et al. 1997, Durlak 1998, Laucht et al. 2003). Bei den untersuchten Flüchtlingskindern bestand wie zu erwarten vor allem zwischen den Indikatoren des FAI, die einen Einfluss auf die emotionale Präsenz und Unterstützung der Eltern für ihre Kinder hatten, und psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder ein Zusammenhang. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass Eltern, die durch eigene seelische Erkrankungen oder Konflikte in der Partnerschaft selbst emotional beeinträchtigt waren, ihren Kindern nicht emotional stützend zur Verfügung standen und diese daher belasteter waren (vgl. Kapitel 1.1.4 und 1.1.4.3). Der fehlende Einfluss des FAI auf psychopathologische Auffälligkeiten im Elternurteil könnte wiederum dafür sprechen, dass die Eltern vorhandene Belastungen ihrer Kinder unterschätzten. Wie bereits in Kapitel 4.2.4.2 diskutiert bleibt dabei unklar ob die Eltern diese aufgrund eigener Belastungen unterschätzen, wie es auch aus anderen Flüchtlingsstudien bekannt ist (Sack et al. 1994, Almqvist und Brandell-Forsberg 1997, Rousseau et al. 2000, vgl. Kapitel 4.1.2 und 1.1.4.3) oder die Kinder eigene Symptomatik im Sinne des Immigranten-Paradoxons vor ihren Eltern verbargen, um diese zu schützen (Angel et al. 2001, Slodnjak et al. 2002, Dimitrova et al. 2016, vgl. Kapitel 1.1.7).

4.2.4.6 Der Zusammenhang von SES und psychopathologischen Auffälligkeiten im Selbsturteil der Kinder

Es konnten keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen Indikatoren der sozialen Stellung und selbsteingeschätzten Psychopathologien der Kinder für die Situation im Heimatland und im Exil und auch nicht zwischen einem Abstieg der sozialen Stellung (subjektiv oder objektiv) mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Selbsturteil gefunden werden, die auch nicht signifikant wurden. Einzige Ausnahme war eine Abnahme von Angststörungen der Kinder im Selbsturteil bei höherer Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland. Erwähnenswert ist außerdem eine Zunahme depressiver Symptomatik bei niedrigem objektivem SES der Eltern in Deutschland bzw. einem Abstieg im objektiven SES der Eltern, insbesondere des Vaters, der jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht signifikant wurde.

Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass abstraktere Vorstellungen über die Stellung im Vergleich zu allen Menschen eines Landes noch wenig mit der eigenen Lebensrealität der Jugendlichen zu tun hatten und stattdessen aktuelle soziale Kontakte entscheidend für ihr selbst eingeschätztes Wohlbefinden waren (Marley und Mauki 2019, vgl. Kapitel 4.2.4.1). Auch Goodman et al. (2001) fanden eine stärkere Beziehung zwischen der Stellung im persönlichen Umfeld mit der psychischen Gesundheit der von ihnen untersuchten Jugendlichen, als zwischen subjektivem SES und psychischer Gesundheit. Sie führten dies

auf die entwicklungsbedingt zunehmende Orientierung der Jugendlichen in ihrer Peergruppe zurück. Der subjektive SES der Jugendlichen unterschied sich zudem deutlich von dem ihrer Mütter und glich sich erst im Verlauf der Zeit mehr an.

Möglicherweise hätte eine Erfassung des subjektiven SES bzw. der Stellung im persönlichen Umfeld durch die Jugendlichen selbst den Nachweis eines Zusammenhangs mit ihrem selbst eingeschätzten psychischen Wohlbefinden erleichtert. Der Nachweis eines sozioökonomischen Abstiegs auf ihr selbst eingeschätztes psychisches Wohlbefinden wäre vor dem Hintergrund ihrer relativ langen Aufenthaltsdauer in Deutschland vermutlich dennoch schwierig gewesen.

4.3 Zusammenfassende Diskussion

Wie erwartet hatten die Familien einen signifikanten Abstieg im SES (objektiv und subjektiv) zwischen Heimatland und Deutschland erlebt. Ein objektiver SES-Abstieg von Müttern und Vätern, sowie ein hoher Prämigrations-SES der Mütter waren mit mehr psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Elternurteil verbunden. Dies kann an einem stärkeren Diskrepanzerleben der Betroffenen zwischen ihrem Leben im Exil im Vergleich zu dem vor Krieg und Vertreibung liegen, denn auch andere Flüchtlingsstudien belegen, dass häufig gerade sozioökonomisch besser gestellte und gebildetere Personen nach der Flucht eine schlechtere Gesundheit zeigten (Porter und Haslam 2005). Derart belastete Eltern waren möglicherweise schlechter in der Lage, sich um ihre ebenfalls belasteten Kinder zu kümmern (vgl. Conger et al. 1992, National Advisory Mental Health Council 1996, Harnish et al. 1995).

Andererseits war ein niedriger subjektiver Prämigrations-SES mit mehr psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Elternurteil verbunden, was für eine stärkere Belastung sozioökonomisch benachteiligter Kinder durch Kriegserlebnisse spricht, wie auch andere Flüchtlingsstudien belegen (Mghir und Raskin 1999, Walton et al. 1997, Al-Krenawi et al. 2009, Khamis 2005, Kolltveit et al. 2012, Thabet und Vostanis 1998, Tran 1992). Aufgrund verspäteter Flucht und ungünstigerer Fluchtrouten sind sie oft mehr traumatischen Ereignissen ausgesetzt (Marsh 1980, Mghir und Raskin 1999) und können zudem auf weniger Ressourcen zurückgreifen, um mit diesen Belastungen umzugehen (Reiss et al. 2019). Aus der Flüchtlingsforschung ist zudem bekannt, dass sozioökonomisch schwache und weniger gebildete Flüchtlingsfamilien im Exil häufig größere Anpassungsschwierigkeiten haben (Mghir und Raskin 1999, Tran 1992), was zu ihrer Stigmatisierung und einem Andauern der Spirale von niedrigem SES und stärkerer psychischer Belastung beitragen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass sich ein niedriger SES langfristig negativ auf die psychische gesunde Entwicklung von Flüchtlingskindern auswirken kann und stehen

damit im Einklang mit Ergebnissen verschiedener Längsschnitt- und Follow-up-Untersuchungen (Samaan 2000, Wadsworth und Achenbach 2005, Webb und Friedemann 1991, Arroyo-Borrell et al. 2017).

Ein subjektiver SES-Abstieg war wider Erwarten mit weniger psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Elternurteil verbunden, wenngleich diese Zusammenhänge gering und nicht signifikant waren. Dies kann als Anpassungsleistung der Kinder und Jugendlichen im Sinne des „Immigranten-Paradoxons“ verstanden werden, wobei sie sich durch angepasstes, regel- und rollenkonformes Verhalten darum bemühten, ihre belasteten Eltern zu schützen und deren Erwartungen an eine bessere Zukunft im Exil nicht zu enttäuschen. Auch andere Flüchtlingsstudien beschrieben eine gute psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern trotz vorhandener Belastungen (Angel et al. 2001, Slodnjak et al. 2002, Dimitrova et al. 2016). Es ist aber auch möglich, dass die Eltern die psychische Belastung ihrer Kinder aufgrund eigener Belastungen unterschätzten, wie es aus anderen Flüchtlingsstudien bekannt ist (Sack et al. 1994, Almqvist und Brandell-Forsberg 1997, Rousseau et al. 2000).

Weitere erwartungswidrige Zusammenhänge, die im Sinne des „Immigranten-Paradoxons“ interpretiert werden könnten, ergaben sich für eine Verschlechterung der Wohnsituation zwischen Heimatland und Deutschland bzw. das Leben in beengten Wohnverhältnissen in Deutschland sowie das Vorhandensein vermehrter familiärer Risikofaktoren, bei denen die Eltern weniger psychopathologische Symptomatik für ihre Kinder angaben. Die Kinder selbst berichteten erwartungskonform von mehr psychopathologischen Auffälligkeiten bei vermehrten familiären Risikofaktoren, wie es aus der Risikofaktorforschung bekannt ist (Egle et al. 1997, Durlak 1998, Laucht et al. 2003).

Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem SES in Deutschland (subjektiv und objektiv) mit psychopathologischen Auffälligkeiten gefunden werden, was vor allem der kleinen Stichprobe geschuldet war. Dennoch war das Muster der Zusammenhänge einheitlich und wies auf eine Zunahme psychopathologischer Auffälligkeiten bei niedrigem Postmigrations-SES hin. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Flüchtlings- und Migrationsstudien, die eine schlechtere psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern bei niedrigem SES im Exil fanden (Porter und Haslam 2005, Mock-Muñoz de Luna et al. 2018, Brettschneider et al. 2015).

Überraschenderweise konnte nur für die Stellung im persönlichen Umfeld der Familie in Deutschland ein bedeutsamer Zusammenhang mit selbst berichteter Symptomatik der Kinder und Jugendlichen gefunden werden. Diese gaben mehr Angst bei niedriger familiärer Stellung bzw. schlechter sozialer Integration an. Dies spricht dafür, dass abstraktere Vorstellungen über die Stellung im Vergleich zu allen Menschen eines Landes noch wenig mit

der eigenen Lebensrealität der Jugendlichen zu tun hatten und stattdessen aktuelle soziale Kontakte entscheidend für ihr selbst eingeschätztes Wohlbefinden waren (Marley und Mauki 2019, Goodman et al. 2001). Diese sind offensichtlich dann von besonderer Bedeutung, wenn wenig andere Ressourcen zur Verfügung stehen, wie andere Flüchtlings- (Montgomery 2011, Marley und Mauki 2019) und Nichtflüchtlingsstudien belegen (Leventhal und Brooks-Gunn 2000, Samaan 2000, National Advisory Mental Health Council 1996). Die gefundenen Ergebnisse deuten auf eine besondere Bedeutung von Müttern in der Übertragung von sozioökonomischem Stress auf ihre Kinder hin, wie es auch in anderen Studien beschrieben wurde (Montgomery 2011, Conger et al. 1992). Dies kann an einer relativ klassischen Rollenverteilung in den untersuchten Flüchtlingsfamilien liegen, mit einer stärkeren Zuständigkeit der Mütter für die Kindererziehung und die emotionale Arbeit in den Familien, sowie an grundsätzlichen Unterschieden in den Reaktionsweisen von Männern und Frauen auf Belastungen. Dabei scheinen Familienvariablen einen stärkeren Einfluss auf das Funktionsniveau von Frauen zu haben, wie Robertson et al. (2016) bei traumatisierten Flüchtlingen nachwiesen.

4.4 Limitationen und methodische Kritik

Limitationen dieser Untersuchung liegen insbesondere in ihrer geringen Stichprobengröße. Diese ist zunächst der sehr viel geringeren Teilnahme von Schülern geschuldet, als zunächst anhand der Schülerzahlenstatistik geschätzt wurde ($N = 2050$). Ungenauigkeiten in der Statistik bzgl. der Erfassung der Herkunftsregion der Schüler und die hohe Mobilität der Flüchtlingsfamilien führten dazu, dass die Informationen über Alter, Nationalität und besuchte Schule zum Untersuchungszeitpunkt oftmals überholt waren. Zudem waren die jeweiligen Schulleitungen durch Umstrukturierungen im Hamburger Schulsystem mit anderen Problemen beschäftigt und externen wissenschaftlichen Untersuchungen gegenüber nicht offen genug, so dass einige Schulen ihre Teilnahme verweigerten. Vor allem ist die geringe Stichprobengröße aber einer mangelnden Einbindung der Eltern in die Untersuchung geschuldet. Von 770 Schülern, die die Einschlusskriterien anhand von Herkunftsregion und Alter an den teilnehmenden Schulen erfüllten, wurden nur 396 Kinder und 139 Elternfragebögen ausgefüllt. Nach Bildung von Eltern-Kind-Paaren und Ausschluss von Fragebögen aufgrund Nichterfüllung grundlegender Einschlusskriterien (Alter, Herkunftsregion, Fluchterlebnisse) oder zu vieler fehlender Angaben konnten nur 35 Eltern-Kind-Fragebogenpaare ausgewertet werden. Viele Eltern hatten ihre Teilnahme verweigert oder aber auch bei eigener Teilnahme ihren Kindern nicht das Einverständnis gegeben. Nicht zuletzt gestaltete sich auch die Ansprache der Flüchtlingskinder an den Schulen schwierig, da trotz eindeutiger Definition im Anschreiben, der Begriff „Flüchtlingskind“ im Sprachalltag von

Schülern und Lehrern uneindeutig genutzt wurde und einige Kinder aufgrund ihrer deutschen Staatsbürgerschaft davon ausgingen keine Flüchtlinge mehr zu sein, auch wenn ihre Eltern aus Kriegsgebieten geflohen waren. Andere Kinder lehnten die Teilnahme an der Befragung ab, da sie den Status Flüchtling offenbar als Makel erlebten und sich daher im Rahmen der Befragung in der Schule nicht zu erkennen geben wollten.

Eine geringe Teilnahmebereitschaft von Migranten in Gesundheitsstudien ist nicht ungewöhnlich und diese Bevölkerungsgruppe daher oft unterrepräsentiert. Gründe hierfür sind häufig: Verständigungsschwierigkeiten, kulturelle Besonderheiten sowie Befürchtungen, die Gesundheitsdaten könnten amtlichen Stellen übermittelt und die Entscheidung über ihren Aufenthaltsstatus beeinflusst werden. Nur durch ressourcenintensive Anstrengungen kann ihre Einbindung und Beteiligung verbessert werden. Dies gelang in der Welle 2 der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland beispielsweise durch Feldvorbegehungen kulturell geschulter Personen, die den persönlichen Kontakt zu Migrantenfamilien suchten sowie durch ein Oversampling der Stichprobe (Frank et al. 2018). In der vorliegenden Studie hätte die Teilnahmebereitschaft der Schulen und Eltern z. B. durch intensiveren Kontakt mit den einzelnen Schulen und direkte Kontaktaufnahme zu den Eltern in Form eines Elternabends erhöht werden können, der ihnen das Ziel der Untersuchung besser hätte vermitteln können. Dies schien jedoch organisatorisch zu aufwendig, zumal die beteiligten Lehrer berichteten, dass die Teilnahme der ausländischen und oft nicht gut deutschsprechenden Eltern an Elternabenden oft sehr gering sei.

Von den 35 Elternfragebögen konnten für den ISEI im Heimatland nur 16 Fragebögen von Müttern und 23 Fragebögen von Vätern ausgewertet werden und für den ISEI in Deutschland nur jeweils 10 Fragebögen. Diese hohe Anzahl fehlender Werte ist vor allem der Wahl des Instruments geschuldet, da für Personen ohne Berufsangabe kein ISEI-Wert ermittelt werden konnte. In ihren Heimatländern hatten nur 22 Mütter und 28 Väter gearbeitet und in Deutschland waren es nicht mal die Hälfte aller Eltern ($n = 12$ Mütter, $n = 14$ Väter). Hinzu kamen ungenaue oder fehlende Angaben zum Tätigkeitsbereich, so dass kein Beruf eindeutig zugeordnet werden konnte. Einige Eltern beantworteten die Fragen zu Ausbildung und Beruf auch gar nicht, möglicherweise weil diese bei den Eltern Misstrauen und Sorgen bzgl. der Anonymität der Befragung auslösten. Hierfür spricht, dass auch im soziodemografischen Teil des Gesamtfragebogens die Fragen zu Bildung, Einkommen und Beruf häufig nicht beantwortet wurden ($n = 25$). Die Häufung soziodemografischer Fragen durch die doppelte Erhebung im soziodemografischen Teil und im SES-Fragebogen hat möglicherweise das Misstrauen erhöht, kann aber auch dazu geführt haben, dass Eltern davon ausgingen, die Fragen bereits im vorangehenden soziodemografischen Teil des Fragebogens ausreichend beantwortet zu haben. Diese Daten waren jedoch zur Berechnung von ISEI-Werten nicht geeignet.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße und der geringen Korrelationen ist die Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eingeschränkt. Auch andere Untersuchungen mit größeren Stichproben fanden nur geringe bis moderate Zusammenhänge des SES mit der psychischen Gesundheit (Reiss et al. 2019, Otto et al. 2017, Bøe et al. 2018). Dies liegt vermutlich daran, dass der SES nur ein Faktor eines komplexen Beziehungsgeflechts von Faktoren ist, die die psychische Gesundheit von Kindern wechselseitig beeinflussen (vgl. auch Risiko- und Schutzfaktorforschung z. B. Egle et al. 1997, Kapitel 1.1.5). Die Einbeziehung weiterer moderierender Variablen hätte die Aufklärung der Varianz in der vorliegenden Untersuchung verbessern können. Insbesondere die Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer in Deutschland hätte vermutlich den Nachweis von SES-Abstiegseffekten auf die psychische Gesundheit der Flüchtlingskinder verbessern können, da die untersuchten Flüchtlingsfamilien im Mittel schon relativ lange (6,1 Jahre) in Deutschland lebten. Montgomery (2011) wies nach, dass die von ihr untersuchten Flüchtlingskinder acht bis neun Jahre nach ihrer Ankunft in Dänemark deutlich weniger Symptomatik aufwiesen als bei ihrer Ankunft, wenngleich diese noch immer höher lag, als in Normalpopulationen. In der Untersuchung von Tran (1992) zeigten erwachsene Flüchtlinge bessere Anpassungsleistungen bei längerer Aufenthaltsdauer im Fluchtland. Andere Flüchtlings- und Migrationsstudien wiesen auf weitere Postmigrationsfaktoren hin, die bedeutsam für die psychische Gesundheit von Kindern im Exil sind, wie z. B. Diskriminierungserfahrungen, Sprachkenntnisse, ein regelmäßiger Schulbesuch, soziale Kontakte zu einheimischen Peers, Zugang zum Gesundheitssystem (Montgomery 2011, Dimitrova et al. 2016, Borsch et al. 2018, Marley und Mauki 2018, Mock-Muñoz de Luna et al. 2018). Zwar besuchten die Kinder der vorliegenden Studie alle eine Schule, jedoch wurde nicht berücksichtigt, wie regelmäßig der Schulbesuch seit ihrer Ankunft in Deutschland stattgefunden hatte und wie gut ihre Sprachkenntnisse waren. Nichtflüchtlingsstudien wiesen auf weitere individuelle und familiäre moderierende Faktoren der Beziehung von SES und psychischer Gesundheit hin, wie z. B. Selbstwert und Selbstwirksamkeit, das Familienklima (Bannink et al. 2016, Goodman et al. 2001) oder negative life events hin (Bøe et al. 2018, Reiss et al. 2019). Als bedeutsame moderierende Variable von SES und psychischer Gesundheit hat sich außerdem der ethnisch-kulturelle Hintergrund sowohl in Flüchtlings- als auch Nichtflüchtlingsstudien erwiesen (Mock-Muñoz de Luna et al. 2018, Brettschneider et al. 2015, McLaughlin et al. 2012, Snibbe et al. 2007, zitiert nach Adler und Stewart 2007). Aufgrund der sehr geringen Teilstichprobengröße, vor allem für den objektiven SES und die entsprechende Differenzvariable im Exil ($n = 9$), wurde jedoch auf weitere Untervergleiche nach ethnisch-kulturellem Hintergrund verzichtet. Das gleiche gilt für Vergleiche verschiedener Altersgruppen.

Die objektiven SES-Indikatoren waren in der vorliegenden Untersuchung besser in der Lage den Zusammenhang von SES-Abstiegseffekten mit der psychischen Gesundheit der Flüchtlingskinder zu erfassen. Aufgrund großer Hürden im Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt erwies sich der ISEI jedoch als Instrument zur Erfassung des SES in Flüchtlingspopulationen insgesamt als wenig zielführend. Die Unterschiede in den Zusammenhängen zwischen subjektiven und objektiven SES-Indikatoren mit der psychischen Gesundheit der Flüchtlingskinder legen nahe, dass der subjektive SES neben der Einschätzung anhand objektiver SES-Indikatoren (Einkommen, Bildung und Beschäftigungsstatus) weitere, für die psychische Gesundheit bedeutsame Aspekte des SES erfasste, wie beispielsweise Erwartungen über Zukunftsperspektiven (Snibbe et al., zitiert nach Adler und Stewart 2007, McLaughlin et al. 2012). Entsprechend teilte ein Vater im Rahmen des Vortests des SES-Fragebogens für die vorliegende Untersuchung mit, dass für die Beurteilung der Stellung seiner Familie in Deutschland der Schulbesuch seiner Kinder und die medizinische Versorgung seiner Familie mit entscheidend sei. Dies kann auch eine Erklärung dafür sein, dass keine Abstiegseffekte des subjektiven SES auf die psychische Gesundheit der Kinder nachgewiesen werden konnten. Der Einsatz beider Versionen der MacArthur Scale of Subjective Social Status (subjektiver SES und Stellung im persönlichen Umfeld) hat sich als sinnvolle Ergänzung zur Erfassung klassischer SES-Indikatoren in Flüchtlingspopulationen erwiesen, da gerade in dieser Population die zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen besonders bedeutsam für die psychische Gesundheit sind. Der Einsatz der Jugendversion der MacArthur-Scale of Subjective Social Status hätte möglicherweise besser einen Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten Gesundheit der Jugendlichen liefern können. Diese Version stand zum Zeitpunkt der Studienvorbereitung jedoch noch nicht zur Verfügung.

4.5 Stärke der Untersuchung

Aufgrund des Studiendesigns sind Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen SES und psychischer Gesundheit eigentlich nicht erlaubt. Aufgrund der zeitlichen Aspekte ist die Wirkrichtung zwischen Prämigrations-SES und psychischer Gesundheit der Kinder genauso wie zwischen SES-Abstieg und psychischer Gesundheit der Kinder jedoch eindeutig. Die Möglichkeit, dass eine schlechte psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ihre Eltern daran hinderte in Deutschland einen besseren sozioökonomischen Status zu erlangen kann zwar nicht ausgeschlossen werden, ist jedoch wenig wahrscheinlich, so dass die gefundenen Zusammenhänge durchaus als kausal angesehen werden können.

4.6 Schlussfolgerungen

Eine höhere Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland war mit weniger psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen verbunden. Dies spricht dafür, dass Flüchtlingskinder im Exil besonders von positiven Beziehungserfahrungen und sozialer Einbindung profitieren, wie es auch andere Flüchtlingsstudien belegen (Marley und Mauki 2019). Auf politischer Ebene lassen sich daraus Maßnahmen, wie eine frühe und kontinuierliche Einbindung in Schule sowie der Zugang zu Freizeitangeboten wie Sportvereinen, Jugendgruppen oder anderen Angeboten auf Gemeindeebene ableiten.

Ein Abstieg im Beschäftigungsstatus der Eltern war mit mehr psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen verbunden. Hieraus lässt sich auf politischer Ebene ableiten, dass die frühzeitige Einbindung von Flüchtlingen in den deutschen Arbeitsmarkt Flüchtlingsfamilien stabilisieren und damit zu einer Reduzierung psychischer Belastungen und möglicher Folgekosten für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem führen kann. Sinnvolle Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind frühzeitige Sprachkurse, die Anerkennung von Berufs- und Bildungsabschlüssen, Möglichkeiten zur (Weiter-) Qualifizierung sowie ein erleichterter Zugang zum Arbeitsmarkt. Seit Studienbeginn im Jahr 2001 hat sich auf diesem Gebiet bereits einiges getan, wie das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 01.04.2012 oder die seit 2015 erhöhten Investitionen in Sprach- und Integrationsprogramme zeigen. Die Zahl der berufstätigen Flüchtlinge stieg mit zunehmender Aufenthaltsdauer und lag 2016 nach Angaben des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF 2016) bei einer Aufenthaltsdauer von drei oder mehr Jahren in Deutschland bei 31 %. Auch aus wirtschaftlicher Perspektive haben frühzeitige Investitionen in Integrationsmaßnahmen eine hohe Wahrscheinlichkeit, sich langfristig wirtschaftlich auszuzahlen, denn Flüchtlinge haben durch die Flucht aus ihrem Heimatland Selbstvertrauen, Stärke und den Willen bewiesen, sich für eine bessere Perspektive einzusetzen und besitzen somit Fähigkeiten, die bereits früheren Generationen von Flüchtlingen dabei geholfen haben, sich erfolgreich zu integrieren und wirtschaftlich unabhängig zu werden (Marsh 1980, BAMF 2016). Aus Forschungsergebnissen mit Nichtflüchtlingspopulationen lässt sich ableiten, dass die Förderung ökonomischer Unabhängigkeit von Flüchtlingsfamilien Eltern in ihrem Selbstwert, ihrer Selbstwirksamkeit und ihrem Fürsorgeverhalten gegenüber ihren Kindern stärkt und sie ihren Kindern damit als Vorbild für eigenes Verhalten und die Entwicklung eigener Perspektiven dienen (vgl. Leventhal et al. 2000).

4.7 Forschungsausblick

Es besteht dringend weiterer Forschungsbedarf, um die komplexen Zusammenhänge zwischen dem SES und einer psychisch gesunden Entwicklung von der Kindheit, über die Adoleszenz bis hin ins Erwachsenenalter besser zu verstehen, und daraus wirksame Präventionsstrategien ableiten zu können. Flüchtlingskindern, als einer besonders vulnerablen und stetig wachsenden Bevölkerungsgruppe, gebührt dabei besondere Aufmerksamkeit.

Optimaler Weise sollte in Längsschnittuntersuchungen mit möglichst großer Studienpopulation der SES zu verschiedenen lebensgeschichtlich relevanten Zeitpunkten erfasst werden. Flüchtlingskinder und ihre Familien sollten in derartige Untersuchungen möglichst frühzeitig nach ihrer Ankunft im Exil einbezogen werden, um SES-Abstiegseffekte sowie die Entwicklung von SES und psychischer Gesundheit über die Zeit erfassen zu können.

Entscheidend ist die Erhebung geeigneter SES-Indikatoren, die die verschiedenen Aspekte des SES angemessen abbilden und nach Möglichkeit einen Vergleich zur Situation im Heimatland der Flüchtlinge ermöglichen. Die Einbeziehung subjektiver Indikatoren des SES und sozialer Stellung ist dringend zu empfehlen, um zu verstehen, wie sich die wahrgenommene soziale Ungleichheit auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt und welche Rolle die Einbindung in soziale Gruppen als korrigierende Erfahrung sozioökonomischer Ausgrenzungserlebnisse spielt. Gleichzeitig könnten subjektive Indikatoren und ihre Entwicklung über die Zeit Anhaltspunkte über die Wirksamkeit von Integrationsbemühungen liefern. Die (zusätzliche) Nutzung von Selbstbeurteilungsskalen könnte diese Beziehungen möglicherweise noch besser darstellen. Vergleichende Messungen von Eltern- und Kinderurteil könnten in diesem Zusammenhang unterschiedliche Bedeutungszumessungen empfundener sozialer Ungleichheit zwischen Eltern und Kindern verdeutlichen und deren Auswirkungen auf eine psychisch gesunde Entwicklung der Kinder aufzeigen.

Darüber hinaus sollten künftige Studien weitere moderierende Variablen der Beziehung von SES und psychischer Gesundheit berücksichtigen, wie die Aufenthaltsdauer von Flüchtlingen im Exil, den ethnisch kulturellen Hintergrund, geschlechts- bzw. rollenspezifische Aspekte, sowie life events, inklusive Diskriminierungserfahrungen, und vorhandenen Ressourcen, wie z. B. unterstützende Beziehungen innerhalb- und außerhalb der Familie, Selbstwert und Selbstwirksamkeit sowie Copingstrategien.

5 Zusammenfassung

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung zur psychosozialen Situation von Flüchtlingskindern in Deutschland wurde der Zusammenhang von Prä- und Postmigrations-SES mit der psychischen Gesundheit von Flüchtlingskindern untersucht. Dabei interessierte besonders, ob sich ein fluchtbedingter SES-Abstieg negativ auf die psychische Gesundheit der Flüchtlingskinder auswirkt. Es wurden subjektive und objektive SES-Indikatoren erfasst und Korrelationen mit der psychischen Gesundheit der Kinder im Selbst- und Elternurteil berechnet. Es wurden 35 Eltern-Kind-Paare untersucht. Subjektive und objektive SES-Indikatoren unterschieden sich in ihrem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Kinder. Die Kinder zeigten bei objektivem SES-Abstieg und höherem objektivem Prämigrations-SES mehr psychopathologische Auffälligkeiten. Ein niedriger subjektiver Prämigrations-SES war mit einer schlechteren psychischen Gesundheit der Kinder im Exil verbunden. Für die von den Kindern und Jugendlichen selbst berichtete Symptomatik war nur die soziale Stellung der Familie im persönlichen Umfeld in Deutschland relevant oder mit anderen Worten ihre soziale Integration. Es gab Hinweise darauf, dass die Mütter eine besondere Bedeutung in der Übertragung von sozioökonomischem Stress hatten. Limitationen bestehen vor allem aufgrund der geringen Stichprobengröße.

This study was part of an empirical investigation on the psychosocial situation of refugee children in Germany. It examined the relation of pre- and postmigration SES and children's mental health. Of particular interest was whether escape-related SES decline has a negative impact on the mental health of refugee children. Subjective and objective SES indicators were collected and correlations with the mental health of the children in self- and parental judgement were calculated. 35 parent-child pairs were examined. Subjective and objective indicators differed in their correlation with the mental health of the children. The children showed more psychopathological symptoms with objective SES decline and higher objective premigration SES, while on the other hand, a lower subjective premigration SES was associated with poorer mental health of the children in exile. For the symptoms reported by the children and adolescents themselves, only the social position of the family in their personal environment in Germany or in other words their social integration was relevant. There were indications that the mother had a special role in the transmission of socioeconomic stress. Limitations exist mainly due to the small sample size.

6 Literaturverzeichnis

- Aarø LE (1986) Health behaviour and socioeconomic status: a survey among the adult population in Norway. Philos. Dissertation. University of Bergen.
- Abholz H (1976) Krankheit und soziale Lage - Befunde der Sozialepidemiologie. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Achenbach TM (1991a) Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach TM (1991b) Manual for Child Behavior Checklist CBCL/4-18 & 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach TM (1991c) Manual for Youth Self Report and Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Adam H (1993) Terror und Gesundheit. Deutscher Studienverlag, Deutschland.
- Adam H (2006) Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern. Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Adam H, Walter J (2003) Psychiatrie und Psychotherapie. In: Handbuch der sozialen Arbeit mit Kinderflüchtlings. Woge e.V./Institut für soziale Arbeit (Hrsg.), Deutschland.
- Adler NE, Epel ES, Castellazo G, Ickovics JR (2000) Relationship of Subjective and Objective Social Status with Psychological and Physiological Functioning in Preliminary Data in Healthy White Women. *Health Psychology* 19(6):586-592.
- Adler NE, Ostrove JM (1999). Socioeconomic Status and Health: What we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci* 896:3-15.
- Adler NE, Stewart J (2007) The MacArthur Scale of Subjective Social Status. University of California, San Francisco
[Online im Internet.] URL:
<https://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/subjective.php>
[Stand: 26.04.2020, 9:53].
- Aldwin CM, Brustrom J (1997) Theories of Coping with Chronic Stress. Illustrations from the Health Psychology and Aging Literatures. In: Coping with Chronic Stress. B. H. Gottlieb (Hrsg.) Plenum Press, New York, 75-104.

- Al-Krenawi A, Graham JR, Kanat-Maymon Y (2009) Analysis of trauma exposure, symptomatology and functioning in Jewish Israel and Palestinian adolescents. *Br J Psychiatry* 195:427-432.
- Almqvist K, Brandell-Forsberg M (1997) Refugee children in Sweden: Posttraumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse Negl* 21(4):351-366.
- American Psychiatric Association (2015) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. P. Falkai, H.-U. Wittchen (Hrsg. Deutsche Ausgabe), Hogrefe, Göttingen.
- Angel B, Hjern A, Ingleby D (2001) Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *Am J Orthopsychiatry* 71(1):4-15.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plücker, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.
- Arroyo-Borrell E, Renart G, Saurina C, Saez M (2017) Influence maternal background has on children's mental health. *Int J Equity Health* 16(63):1-10.
- Asarnov JR, Carlson GA (1985) Depression self-rating scale: Utility with child psychiatry inpatients. *J Consult Clin Psychol* 53(4):491-499.
- Aßhauer M, Adam H (2001) Hamburg Set of Questionnaires for Children Afflicted by War and Persecution (HQCWP). Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg.
- Aßhauer M, Jamakosmanovic N, Adam H (2002) Skala zum kulturellen Verhalten. Unveröffentlichtes Forschungsinstrument. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Aßhauer M, Mihm L, Adam H (2002) Fragebogen zur Erfassung des sozioökonomischen Status. Unveröffentlichtes Forschungsinstrument. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Bannink R, Pearce A und Hope S (2016) Family income and young adolescent's perceived social position: associations with self-esteem and life-satisfaction in the UK Millenium Cohort Study. *Arch Dis Child* 101:917-921.
- Baumert J (2001) PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Leske und Budrich, Opladen.

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4(6):561-571.
- Becker D (1997) Prüfstempel PTSD - Einwände gegen das herrschende "Trauma – Konzept". *Medico report* 20:25-47.
- Berkman LF, Macintyre S (1997) The measurement of social class in health studies: Old measures and new formulations. *Social inequalities and Cancer. IARC Sci Publ.* 138:51-64.
- Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR (1996) Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(9):1110-1119.
- Birleson P (1981) The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *J Child Psychol Psychiatry* 22(1):73-88.
- Birleson P, Hudson I, Buchanan DG, Wolff S (1987) Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *J Child Psychol Psychiatry* 28(1):43-60.
- Bøe T, Serlachius AS, Sievertsen B, Petrie KJ, Hysing M (2018) Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: the Bergen child study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 53(1):1-9.
- Bortz J, Döring N (1995) *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Bowen RC, Offord DR, Boyle MH (1990) The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(5):753-758.
- Brajša-Žganec (2005) The long-term effects of war experiences on children's depression in the Republic of Croatia. *Child Abuse Negl* 29:31-43.
- Brettschneider AK, Hölling H, Schlack R, Ellert U (2015) Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland: ein Vergleich nach Migrationshintergrund und Herkunftsland. *Bundesgesundheitsbl* 58(4-5):474-489.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016) IAB- BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse. Forschungsbericht 29.
[Online im Internet.] URL:
https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb29-iab-bamf-soep-befragung-gefluechtete.pdf?__blob=publicationFile&v=15
[Stand: 09.02.2020, 17:41].

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2001) Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht.
[Online im Internet.] URL:
<http://www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/059/1405990.pdf>
[Stand: 26.04.2020, 9:45].
- Bürgin D (1995) Psychic Traumatization in Children and Adolescents. A Clinical and Theoretical Survey. In: Children, War and Persecution. H. Adam, P. Riedesser, H. Riquelme, J. Walter, A. Verderber. Sekolo, Osnabrück, 14-26.
- Castaneda A, McCandless BR, Palermo DS (1956) Children's Form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development* 27(3):317-326.
- Christie AM, Barling J (2009) Disentangling the indirect links between socioeconomic status and health: the dynamic roles of work stressors and personal control. *J Appl Psychol* 94(6):1466-1478.
- Cohen P, Kasen S (1999) The Context of Assessment: Culture, Race, and Socioeconomic Status as Influences on the Assessment of Children. In: Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology. D. Shaffer, C. P. Lucas, J. E. Richters (Hrsg.) Guilford Press, New York, 299-318.
- Conger RD, Conger KJ, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL, Whitbeck LB (1992) A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Dev* 63(3):526-41.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53(12):1129-1136.
- Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC (1999) Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrom constructs. *Am J Psychiatry* 156(4):569-74.
- David M, Borde T, Kentenich H (1998) Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Dimitrova R, Chasiotis A, van de Vijver F (2016) Adjustment Outcomes of Immigrant Children and Youth in Europe. A Meta-Analysis. *Europ Psychol* 21(2):150-162.
- Dohrenwend BP (1976) Clues to the Role of Socioenvironmental Factors. *Schizophr Bull* 2:440-44.
- Dohrenwend BP (2000). The Role of Adversity and Stress in Psychopathology: Some Evidence and its Implications for Theory and Research. *J Health Soc Behav* 41(3):1-19.

- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A (1992) Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation-Selection Issue. *Science* 255(5047):946-52.
- Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K (1998) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern. Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie. *Z klin Psychol* 27(1):9-19.
- Duncan OD (1961) A Socioeconomic Index for All Occupations. In: *Occupations and Social Status*. A. J. Reiss (Hrsg.) Free Press, New York:109 - 158.
- Durlak JA (1998) Common Risk and Protective Factors in Successful Prevention Programs. *Am_J Orthopsychiatry* 68(4):512-520.
- Dutton DB, Levine S (1989) Socioeconomic status and health: Overview, methodological critique, and reformulation. In: *Pathways to health: The role of social factors*. J. P. Bunker, D. S. Gomby, B. H. Kehrer (Hrsg.) The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA, 29-69.
- Dyregrov A, Gupta L, Gjestad R, Mukanoheli E (2000) Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *J Traumat Stress* 13(1):3-21.
- Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M (1997) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter - Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Der Nervenarzt* 68:683-695.
- Elder GH, Caspi A (1988) Economic stress in lives: Developmental perspective. *J Soc Issues* 44(4):25-45.
- Elias P, Birch M (1994) Introduction and the conceptual framework of ISCO-88. University of Warwick, Coventry, United Kingdom.
[Online im Internet.] URL:
<https://warwick.ac.uk/fac/soc/ier/research/classification/isco88/english>
[Stand: 26.04.2020, 9:47].
- Endres M, Moisl S (1998) Entwicklung und Trauma. In: *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. M. Endres, G. Biermann (Hrsg.) Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 11-27.
- Essau C, Conradt J, Petermann F (1999a) Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 27:37-45.

- Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999b) Häufigkeit und Komorbidität der Generalisier- ten Angststörung: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Nervenheilkunde* 18:46-51.
- Esser G, Blanz B, Geisel B, Laucht M (1989) Mannheimer Elterninterview - Strukturiertes Interview zur Erfassung von kinderpsychiatrischen Auffälligkeiten. Beltz, Weinheim.
- Esser G, Laucht M, Schmidt MH (1995) Der Einfluß von Risikofaktoren und der Mutter-Kind- Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung* 4:33-42.
- Eth S, Pynoos R (1985) Posttraumatic stress disorder in children. American Psychiatric Press, Washington.
- Farias PJ (1991) Emotional distress and its sociopolitical correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15:167-192.
- Faris REL, Dunham HW (1939). *Mental Disorders in urban areas - an ecological study of schizophrenia and other psychosis*. Universal Chicago Press, Oxford, England.
- Fischer G, Riedesser P (1998) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Ernst Reinhardt, München.
- Flinn MV, England BG (1997) Social economics of childhood glucocorticoid stress responses and health. *Am J Physic Anthropol* 102(1):33-53
- Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S, Hoffmann R, Santos-Hövener C, Lampert T (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. *J Health Monitoring* 3(1):134-151.
- Franz M, Kuns M (2000) Der Zusammenhang von sozialer Schicht und psychogener Erkrankung im Langzeitverlauf. *Z Psychosom Med Psychother* 46(2):140-65.
- Frederick CJ (1985) Selected foci in the spectrum of posttraumatic stress disorder. In *Perspectives on disaster recovery*. J. Laube, S. A. Murphy (Hrsg.) Appleton-Century-Crofts, Connecticut, 110-130.
- Gallo L, Matthews KA (1999) Do negative emotions mediate the association between socio-economic status and health? In: *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways*. N. E. Adler, M. Marmot, B. S. McEwen (Hrsg.) Bd. IV: Psychobiological and Psychosocial Pathways and Mechanisms to Disease, *Ann N Y Acad Sci*:896.
- Gallo L, Matthews KA (2003) Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychol Bull* 129(1):10-51.

- Ganzeboom HBG, De Graaf PM, Treiman DJ (1992). A standard international socio-economic index of occupational status. *Soc Sci Research* 21(1):1-56.
- Ganzeboom HBG, Treiman DJ (1996) Internationally comparable measures of occupational status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. *Soc Sci Research* 25(3):201-239.
- Ganzeboom HBG, Treiman DJ (2003) Three International Standardised Measures for Comparative Research on Occupational Status. In: *Advances in Cross-National Comparison. A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik, C. Wolf (Hrsg.) Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 159-193.
- Garbarino J, Dubrow N, Kostelny K (1992) *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Garber J, Walker LS, Zeman J (1991) Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychol Assessment* 3(4):588-595.
- Garralda ME (1996) Somatization in children. *J Child Psychol Psychiatry* 37(1):13-33.
- Gliksman MD, Kawachi I, Hunter D, Colditz GA, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Willett WC, Hennekens CH (1995) Childhood Socioeconomic Status and Risk of Cardiovascular Disease in Middle Aged US Women: A Prospective Study. *J Epidemiol Community Health* 49(1):10-15.
- Goldman N, Cornman JC, Chang M (2006) Measuring subjective social status: A case study of older Taiwanese. *J Cross Cultural Gerontology* 21(1-2):71-89.
- Goodman E, Adler NE, Kawachi I, Frazier AL, Huang B, Colditz GA (2001) Adolescent's perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics* 108(2):1-8.
- Gottlieb BH (1997) Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: *Coping with chronic stress*. B. H. Gottlieb (Hrsg.) Plenum Press, New York, 3-42.
- Gottman JM (1990) How marriages change. In: *Depression and aggression in family interactions*. G. R. Patterson (Hrsg.) Erlbaum, Hillsdale, NJ, 75-101.
- Greenberg M, Schneider D (1997) Region of birth, migration and homicide rates of African Americans. *Ethnicity and Health* 2(3):197-207.

- Grunebaum H, Solomon L (1982) Toward a theory of peer relationships II: On the stages of social development and their relationship to group psychotherapy. *Intern J Group Psychother* 32:283-306.
- Handl J, Steinmetz S (2003) Geschlechtsspezifische berufliche Segregation in den Ländern Europas: Methodische Probleme und inhaltliche Ergebnisse. Beitrag zur 3. Nutzerkonferenz: Forschung mit dem Mikrozensus: Analysen zur Sozialstruktur und zum Arbeitsmarkt. ZUMA 9-10. Oktober 2003, Mannheim.
- Harnish JD, Dodge KA, Valente E, Conduct Problems Prevention Research Group (1995) Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Dev* 66(3):739-53.
- Hill M, Sandfort J (1995) Effects of childhood poverty on productivity later in life: implications for public policy. *Child. Youth Ser. Rev.* 17: 91-126.
- Hoffmeister H, Hüttner H, Stolzenberg H, Lopez H, Winkler J (1992) Sozialer Status und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung. Nationaler Gesundheits-Survey 1984-1986.
- Hollingshead AB (1957) Two Factor Index of Social Position. Department of Sociology, Yale University.
- Hollingshead AB (1975) Four Factor Index of Social Status. Department of Sociology, Yale University, unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Hovey J, King C (1996) Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino-adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 35(9):1183-92.
- Howard M, Hodes M (2000) Psychopathology, Adversity, and Service Utilization of Young Refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(3):368-377.
- Hradil S (1987) Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft: Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Leske und Budrich, Opladen.
- Hradil S (1994) Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. A. Mielck (Hrsg.) Leske und Budrich, Opladen, 375-392.
- Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21-37.

- Ivarsson T, Lidberg A, Gillberg C (1994) The Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J Affect Disord* 32(2):115-125.
- Jensen PS, Shaw JMD (1993) Special article. Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(4):697-708.
- Johnson PJ (1989) Resources for Coping with Economic Distress: The Situation of Unemployed Southeast Asian Refugees. *Lifestyles: Family and Economic Issues* 10(1):18-43.
- Kaplan GA, Salonen JT (1990) Socioeconomic Conditions in Childhood and Ischaemic Heart Disease During Middle Age. *BMJ* 301(6761):1121-1123.
- Kashani JH, Orvaschel H (1990) A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 147(3):313-318.
- Keilson H (1979) Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung. In: Schicksale der Verfolgten. H. Stoffels (Hrsg.). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 98-109.
- Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ (1995) The Structure of the Genetic and Environmental Risk Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women: Phobia, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, and Alcoholism. *Arch Gen Psychiatr* 52:374-83.
- Kessler RC, Cleary PD (1980) Social Class and Psychological Distress. *Am Sociol Rev* 45:463-78.
- Kestenberg J (1983) Survivor Parents and their Children. In: Generations of the Holocaust. M. Bergmann, M. Jucovy (Hrsg.) Basic Books, New York, 83-101.
- Khamis V (2005) Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse Negl* 29:81-95.
- Khan MM (1977) Das kumulative Trauma. Selbsterfahrung in der Therapie. Kindler, München.
- Kinzie JD, Sack WH, Angell RH, Manson S, Rath B (1986) The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: I. The Children. *J Am Acad Child Psychiatry* 25(3):370-376.
- Kocijan-Herzigonja D, Škrinjarić J, Maroević S (1998) Psychological problems of children in war. In: War, violence, trauma and the coping process. Armed conflict in Europe and survivor response. L. T. Arcel (Hrsg.), IRCT, Dänemark, 335-339.

- Kogan I, Müller W (2003) School-to Work Transitions in Europe: Analysis of the EU LFS 2000 Ad Hoc Module. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Mannheim.
- Kohn M (1981) Social Class and Schizophrenia: A Critical Review and a Reformulation. In: The Sociology of Mental Illness: Basic Studies. Grusky and Pollner (Hrsg.) Rinehart und Winston, New York, Holt.
- Kolltveit S, Lange-Nielsen II, Thabet AAM, Dyregrov A, Pallesen S, Johnsen TB, Laberg JC (2012) Risk Factors for PTSD, Anxiety and Depression Among Adolescents in Gaza. J Trauma Stress, 25:164-170.
- Korenman S, Miller J, Sjaastad JE (1995) Long-term poverty and child development in the United States: results from the NLSY. Child Youth Ser Rev 17(1-2): 127-55.
- Kovacs M (1992) Children's Depression Inventory. Multi-Health Systems, New York.
- Krieger N, Williams DR, Moss N (1997) Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. Ann. Rev. Public Health 18:341-78.
- Kubicka L, Dytrich Z, Matějček Z, Roth z (1998) Prädiktoren psychosozialer Eigenschaften im Erwachsenenalter auf Grund von IQ und Persönlichkeitszügen festgestellt im Kindesalter. Psychiatrie 2:216-222. (Tschechisch).
- Kutscherousky YC (1997) Relative contributions of maternal coping strategies, self-efficacy, and sense of competence to home environment for premature infants. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering 57(9-B).
- Lamnek S (2000) Status. In: Soziologie-Lexikon. G. Reinhold, S. Lamnek, H. Recker (Hrsg.) 4. Auflage, R. Oldenbourg Verlag, München, Wien, 649-650.
- Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H (2013) Soziökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56:814-821.
- Landolt MA, Vollrath V, Ribi K, Gnehm HE, Sennhauser F (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. J Child Psychol Psychiatry 44(8):1199-1207.
- Laplanche J, Pontalis JB (1973) Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

- Laucht M (2003) Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern: Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In: Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. K. H. Brisch, T. H. Hellbrügge (Hrsg.) Klett-Cotta, Stuttgart, 53-71.
- Lempers JD, Clark-Lempers D (1990) Family Economic Stress, Maternal and Paternal Support and Adolescent Distress. *J Adolesc* 13:217-229.
- Leventhal T, Brooks-Gunn J (2000) The neighbourhoods they live in: The effects of neighbourhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 126(2):309-337.
- Levi RB, Drotar D (1999) Posttraumatic stress symptoms in children following orthopedic or traumatic brain injury (TBI). *J Clin Child Psychol* 28(2):232-243.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE; Seeley JR, Andrews JA (1993) Adolescents psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 102(4):133-144.
- Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H (1998) Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder, *Lancet* 352(9128):605-609.
- Leyer E (1996) Ethnopsychanalytische Aspekte der transkulturellen Familientherapie. In: Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie. Das Gießener Konzept in der Praxis. P. Möhring, T. Neraal (Hrsg.) Psychosozial Verlag, Gießen.
- Liberatos P, Link BGK, Kelsley JL (1988) The Measurement of Social Class in Epidemiology. *Epidemiologic Reviews* 10:87-121.
- Liem R, Liem J (1978) Social Class and Mental Illness Reconsidered: The Role of Economic Stress and Social Support. *J Health Soc Behav* 19:139-56.
- Lösel F, Kolip P, Bender D (1992) Streß-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche "Superkids"? *Z Klin Psychol* 21:48-63.
- Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Wilson TW, Smith NL, Kauhanen J, Salonen JT (1994) Childhood and adult socio-economic status as predictors of mortality in Finland. *The Lancet* 343(8896):524-527.
- Maclan PS, Pearlman LA (1992) Development and use of the TSI Life Event Questionnaire. *Treating Abuse Today* 2:9-11.
- Macksoud MS (1992) Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *J Refugee Studies* 5:1-5.

- Macksoud MS, Dyregrov A, Raundalen M (1993) Traumatic War Experiences and their Effects on Children. In: International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. J. P. Wilson, B. Raphael (Hrsg.) Plenum Press, New York, 625-633.
- Malaty HM, Graham DY (1994) Importance of childhood socioeconomic status on the current prevalence of Helicobacter pylori infection. *Gut* 35(6):742-745.
- Marley C, Mauki B (2019) Resilience and protective factors among refugee children post-migration to high-income countries: a systematic review. *Europ J Public Health* 29(4)706-713.
- Marmot MG, Shipley MJ, Rose G (1984) Inequalities in death-specific explanations of a general pattern. *Lancet* 8384:1003-1006.
- Marsh RE (1980) Socioeconomic status of Indochinese refugees in the United States: progress and problems. *Soc Secur Bull* 43(10):11-20.
- Matějček Z (2003) Schutzfaktoren in der Psychosozialen Entwicklung ehemaliger Heim- und Pflegekinder. In: Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. K. H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.) Klett-Cotta, Stuttgart, 72-83.
- McGoldrick M (1982) Ethnicity and family therapy: an overview. In: Ethnicity and family therapy. M. McGoldrick, J. Pearce, J. Giodano (Hrsg.) The Guilford Press, New York, 3-30.
- McLaughlin KA, Costello JE, Leblanc W, Sampson NA, Kessler RC (2012) Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *Am J Public Health* 102(9):1742-1750.
- McLeod JD, Shanahan MJ (1993) Poverty, parenting, and children's mental health. *Am Soc Rev* 58(3):351-66.
- McLeod JD, Shanahan MJ (1996) Trajectories of poverty and children's mental health. *J Health Soc Behav* 37(3):207-20.
- Merikangas KR (1990) The Genetic Epidemiology of Alcoholism. *Psychol Med* 20:11-22.
- Mghir R, Raskin A (1999) The psychological effects of the war in Afghanistan on young Afghan refugees from different ethnic backgrounds. *Intern J Psychiatry* 45(1):29-40.
- Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Entner Wright BR, Silva PA (1999) Low Socioeconomic Status and Mental Health Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation During Young Adulthood. *Am J Sociol* 104(4):1096-1131.
- Mielck A, Helmert U (1998) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Handbuch Gesundheitswissenschaften. K. Hurrelmann, U. Laaser (Hrsg.) Juventa Verlag, Weinheim und München.

- Miller LC, Timouri M, Wijnker J, Schaller JG (1994) Afghan Refugee Children and Mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 148(7):704-708.
- Mock-Muñoz de Luna CJ, Vitus K, Torslev MK, Krasnik A, Jervelund SS (2018) Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status - a systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health* 1-11.
- Montgomery E (2011) Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatr Scand* 124(Suppl.440):1-46.
- Montgomery LE, Finch A J (1974) Validity of two measures of anxiety in children. *J Abnorm Child Psychol* 2(4):293-296.
- Müller W, Gangl M (2003) *Transitions from Education to Work in Europe. The Integration of Youth into EU Labour Markets.* Oxford University Press, Oxford.
- Nam CB, Powers MG (1983) *The Socioeconomic Approach to Status Measurement. With a Guide to Occupational and Socioeconomic Status Scores.* Cap and Gown Press, Houston.
- Nam CB, Terrie EW (1986) Comparison of single and multiple-item measures of socioeconomic status. Paper presented at the annual meeting of the American Statistical Association, Chicago, IL.
- Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S (2000). *Voices of the poor. Can anyone hear us?* Oxford University Press for the World Bank, New York. 30-80.
- National Advisory Mental Health Council, Basic Behavioral Science Task Force (1996) Basic behavioral science research for mental health: Sociocultural and environmental processes. *Am Psychol* 51(7):722-31.
- Oppolzer A (1986) *Sozialökonomische Texte, Diskussionsbeiträge, Praktikum: Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit - Hamburg als Beispiel.* Hochschule für Wirtschaft und Politik, Hamburg.
- Oppolzer A (1994) Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland.* A. Mielck (Hrsg.) Leske und Budrich, Opladen, 125-165.
- Ostrove JM, Adler NE, Kuppermann M, Washington AE (2000) Objective and subjective assessment of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnical diverse sample of pregnant women. *Health Psychol* 19(6):613-618.

- Pamuk E, Makuc D, Heck K, Reuben C, Lochner K (1998) Socioeconomic Status and Health Chartbook. Health, United States, 1998. National Center for Health Statistics (Hrsg.) Hyattsville, Maryland.
- Parloff MB, Kelman HC, Frank JD (1954) Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 111(5):343-352.
- Pat-Horenczyk R, Ziv Y, Asulin-Peretz L, Brom D (2013) Relational trauma in times of political violence: continuous versus past traumatic stress. *Peace and conflict: J Peace Psychol* 19(2):125-137.
- Peck MN (1994) The Importance of Childhood Socio-Economic Group for Adult Health. In: *Social Science Medicine* 39(4):553-562.
- Pfefferbaum B (1997) Posttraumatic Stress Disorder in Children: A Review of the past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatr* 36(11):1503-1511.
- Plomin R (1989) *Nature and Nurture: An Introduction to Human Behavioral Genetics*. Brooks/Cole, Pacific Grove, California.
- Porter M, Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 294(5):602-612.
- Potocky M (1996) Refugee Children: How Are They Faring Economically as Adults? *Soc Work* 41(4):364-373.
- Pries L (1996) Transnationale soziale Räume. Theoretisch-empirische Skizze am Beispiel der Arbeitswanderungen Mexiko-USA. *Zeitschrift für Soziologie* 25(6):456-72.
- Punamäki RL (2000) *How to help children experiencing traumatic stress? An evaluation of long-term effects of psychosocial assistance and international solidarity work*. Gummerus Printing, Saarijärvi, Finland.
- Pynoos R, Frederick C, Nader K (1987) Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatr* 44:1057-1063.
- Pynoos RS, Rodriguezn, Steinberg A, Stuber M, Frederick C (1998) *UCLA Trauma Psychiatry Service*. Unveröffentlichtes Manuskript, Los Angeles.
- Pynoos RS, Steinberg AM, Wraith R (1995). A Developmental Model of Childhood Traumatic Stress. In: *Manual of Developmental Psychopathology*. Band 2 Risk, Disorder, and Adaptation. D. Cicchetti, D. Cohen (Hrsg.) John Wiley and Sons, New York, 72-95.

- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 50:871-878.
- Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pakiz B, Frost AK (1993) Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(2):369-377.
- Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U (2019) Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS ONE* 14(3):e0213700.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>.
- Reynolds CR, Richmond B0 (1978) What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *J Abnorm Child Psychol* 6(2):271-280.
- Ribbe D (1996) Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In: *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. B. H. Stamm (Hrsg.) Sidran Press, Lutherville, 386-387.
- Richter M, Hurrelmann K (2007) Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. *APuZ, Gesundheit und soziale Ungleichheit* 42:3-10.
- Richters J, Martinez P (1990) Checklist of child distress symptoms: Parent report. National Institute of Mental Health, Rockville.
- Richters J, Saltzman W (1990) Survey of exposure to community violence: Self report version. National Institute of Mental Health, Rockville.
- Robertson CL, Savik K, Mathiason-Moore M, Mohamed A, Hoffman S (2016) Modeling psychological functioning in refugees. *J Am Psychiatric Nurses Assoc* 22(3):225-232.
- Rousseau C, Drapeau A (1998) Parent-child agreement on refugee children's psychiatric symptoms: A transcultural perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(6):629-636.
- Rousseau C, Drapeau A, Corin E (1997) The Influence of Culture and Context on the Pre- and Post-Migration Experience of Schoolaged Refugees from Central America and Southeast Asia in Canada. *Soc Sci Med* 44(8):1115-1127.
- Rousseau C, Drapeau A, Platt R (2000) Living conditions and emotional profiles of Cambodian, Central American, and Quebecois youths. *Can J Psychiatry* 45(10):905-911.
- Rutter M (1985) Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *BJ Psych* 147:598-611.

- Rutter M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 57:316-331.
- Rutter M (1988) *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*. Cambridge University Press, New York.
- Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K (1976) Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychol Medicine* 6(2):313-332.
- Sack H (1998) Multiple forms of stress in refugee and immigrant children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 7(1):153-167.
- Sack WH, Angell RH, Kinzie JD, Rath B (1986) The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: II. The Family, the Home, and the School. *J Am Acad Child Psychiatry* 25(3):377-383.
- Sack WH, Clarke GN, Kinney R, Belestos G, Him C, Seeley J (1995a) The Khmer Adolescent Project, II: Functional Capacities in Two Generations of Cambodian Refugees. *J Nerv Ment Dis* 183(3):177-181.
- Sack, WH, Clarke GN, Seeley J (1995b) Posttraumatic Stress Disorder across Two Generations of Cambodian Refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(9):1169-1166.
- Sack WH, Clarke GN, Seeley J (1996) Multiple Forms of Stress in Cambodian Adolescent Refugees. *Child Dev* 67:107-116.
- Sack WH, McSharry S, Clarke GN, Kinney R, Seeley J, Lewinsohn P (1994) The Khmer Adolescent Project: I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis* 182(7):387-395.
- Samaan RA (2000) The Influence of Race, Ethnicity, and Poverty on the Mental Health of Children. *J Health Care Poor U* 11(1):100-110.
- Scheeringa MS, Zeanah CH (2001) A relational perspective on PTSD in early childhood. *J Traum Stress* 14:799-815.
- Schepank H (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Heidelberg.
- Schepker R (1997) Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter – Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 25(1):46-56.
- Schimpl-Neimanns B (1996) Mikrodaten Tools. Zur Umsetzung des Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (ISEI) mit den Mikrozensus ab 1996. *ZUMA Nachrichten* 28(54):154-170.

- Sentse M, Veenstra R, Lindenberg S, Verhulst FC, Ormel J (2009) Buffers and risks in temperament and family for early adolescent psychopathology: Generic, conditional, or domain-specific effects? The TRAILS study. *Developmental psychology* 45(2):419-430.
- Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG (2003) Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II-Study. *Soc Sci Med* 56(6):1321-1333.
- Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE (2005) Does subjective social status predict health ad change in health status better than objective status? *Psychosom Med* 67(6):855-861.
- Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V (1997) Compounding of Premigration Trauma and Postmigration Stress in Asylum Seekers. *J Psychol* 131(5):463-470.
- Slodnjak V, Kos A, Yule W (2002) Depression and parasuicide in refugee and Slovenian adolescents. *Crisis* 23(3):127-132.
- Smith P, Perrin S, Yule W, Hacam B, Stuvland C (2002) War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *J Trauma Stress* 15(2):147-156.
- Spielberger CD (1973) *Manual for the Stait-Trait Anxiety Inventory for Children*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Stallard P, Velleman R, Langsford J, Baldwin S (2001) Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *Br J Clin Psychol* 40(2):197-208.
- Steinhausen H (1983) Child and family psychopathology of migrants. In: *Epidemiological approaches in child psychiatry: International Symposium*. M. Schmidt, H. Remschmidt (Hrsg.) Thieme, Stuttgart.
- Stevens G, Featherman DL (1981) A revised socioeconomic index of occupational status. *Soc Sci Res* 10:364-395.
- Sundquist J (1993) Ethnicity as a risk factor for mental illness. A population-based study of 338 Latin American refugees and 996 age-, sex- and education matched Swedish controls. *Acta Psychiatr Scand* 87(3):208-212.
- Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE (2000) Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants. Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden. *J Nerv Ment Dis* 188(6): 357-365.

- Sutton RG, Kessler M (1986) National study of the Effects of Clients` Socioeconomic Status on Clinical Psychologists` Professional Judgements. *J Consult Clin Psychol* 54(2):275-276.
- Terr L (1991) Special Article – Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry* 148:10-20.
- Thabet AA, Vostanis P (1998) Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Arch Dis Child* 78(5):439-42.
- Thiede Call K, Nonnemaker J (1999) Socioeconomic Disparities in Adolescent Health: Contributing Factors. In: *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways*. *Annals of the New York Academy of Sciences* 896(1):352-355.
- Tiet Q, Bird HR, Davies M, Hoven C, Cohen P, Jensen PS, Goodman S (1998). Adverse life events and resilience. *JAACAP* 37(11):1191-1200.
- Tran TV (1992) Adjustment Among Different Age and Ethnic Groups of Indochinese in the United States. *Gerontologist* 32(4):50.
- UNHCR (1951) Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. *Bundesgesetzblatt* 1953(2):559
[Online im Internet.] URL:
https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf [Stand: 26.04.2020, 12:44].
- UNHCR (2002) *Refugees and Others of Concern to UNHCR, 2000 Statistical Overview*, Genf, Schweiz
[Online im Internet.] URL:
<https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/3d4e7bec5/refugees-others-concern-unhcr-2000-statistical-overview.html?query=refugees%202000> [Stand: 26.04.2020, 12:44].
- UNHCR (2019) *Global Trends Forced Displacement in 2018*. Genf, Schweiz
[Online im Internet.] URL:
<https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5d08d7ee7/unhcr-global-trends-2018.html>
[Stand: 26.04.2020, 12:49].
- UNICEF (2017) *A child is a child. Protecting children on the move from violence, abuse and exploitation*. New York
[Online im Internet.] URL:
<https://www.unicef.de/blob/141422/acaf7e52cf898706ebbf71702fb471c/unicef-report-a-child-is-a-child-2017-data.pdf> [Stand: 26.04.2020, 12:52].

- United Nations (1945) Charta der Vereinten Nationen und Statut des internationalen Gerichtshofs. Bundesgesetzblatt 1973 II, Bonn. Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e. V. DGVN), Berlin. [Online im Internet.] URL: <https://dgvn.de/fileadmin/publications/PDFs/Sonstiges/UN-Charta.pdf> [Stand: 26.04.2020, 13:23].
- Vostanis P, Grattan E, Cumella S, Winchester C (1997) Psychosocial Functioning of Homeless Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(7):881-889.
- Wadsworth ME, Achenbach TM (2005) Explaining the Link Between Low Socioeconomic Status and Psychopathology: Testing Two Mechanisms of the Social Causation Hypothesis. *J Consult Clin Psychol* 73(6):1146-1153.
- Walker LS, Garber J (2003) Manual for the Children's Somatisation Inventory. Persönlich vom Autor erhaltenes Dokument.
- Walton JR, Nuttall RL, Vazquez Nuttall E (1997) The Impact of War on the Mental Health of Children: A Salvadoran Study. *Child Abuse Negl* 21(8):737-749.
- Webb AA, Friedemann ML (1991) Six Years After an Economic Crisis: Child Anxiety and Quality of Peer Relationships. *J Community Health Nurs* 8(4):233-243.
- Weber I (1994) Soziale Schichtung und Gesundheit. In: Soziale Schichtung und Lebenschancen. R. Geißler (Hrsg.) 2. völlig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Weber M (1946) Class, status and party. In: *Essays in sociology*. H. Gerth, C. W. Mills (Hrsg.) Oxford University Press, New York.
- Werner EE (1985) Stress and protective factors in children's lives. In: *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry: Practical lessons from research*. A. R. Nichol (Hrsg.) Wiley & Sons, New York, 335-356.
- Werner EE (1989) High risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry* 59:72-81.
- WHO (2015) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel 5 (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage. H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.), Hogrefe, Bern.
- Zöfel P (2002) Statistik verstehen. Ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung. Addison-Wesley Verlag, München, Deutschland.
- Zung WW (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12(1):63-70.

7 Anhang

7.1 Detaillierte Analyse des Exposure Fragebogens

7.1.1 Zustimmungshäufigkeiten der Items des Exposure to War Fragebogens

Tabelle 14: Zustimmungshäufigkeiten der Items des „Exposure to War“-Fragebogens (N=35)

Nr	Subskalen und Items	ja n	ja %
Opfer von Gewalt: Gefahr und Bedrohung			
2	Sind feindliche Soldaten mit Gewalt in das Haus, in dem Du gewohnt hast, eingedrungen?	21	62
3	Sind sonstige Fremde mit Gewalt in das Haus, in dem Du gewohnt hast, eingedrungen?	10	30
4	Sind Polizisten oder Soldaten zu Euch in die Wohnung gekommen?	16	47
6	Bist Du gefangen genommen oder in einem Lager eingesperrt worden?	2	6
19	Warst Du jemals in einem Krieg oder auf der Flucht ernsthaft körperlich verletzt?	3	9
25	Bist Du heftig geschlagen worden?	4	13
Opfer von Gewalt: Todesangst			
21	Ist jemals eine Kugel so dicht an Dich herangekommen, dass Du in Gefahr warst, schwer verletzt oder getötet zu werden?	10	29
22	Ist jemals eine Granate oder Bombe so dicht in Deiner Nähe gelandet, dass Du in Gefahr warst, schwer verletzt oder getötet zu werden?	11	31
23	Hat jemand gesagt, dass er Dich töten oder schwer verletzen wird?	5	15
24	Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, hat die Person Dich mit einer Waffe bedroht?	4	80
26	Gab es irgendwann eine Zeit, in der Du fest davon überzeugt warst, schwer verletzt oder getötet zu werden?	17	50
61	Gab es während eines Krieges oder auf der Flucht irgendeine andere Situation, nach der wir noch nicht gefragt haben, in der Du sehr starke Angst hattest oder gedacht hast, Du würdest sterben?	8	26
63	Bist Du schon einmal so krank gewesen, dass Du geglaubt hast, Du würdest sterben?	7	20
64	Gab es irgendeine andere Situation, nach der wir noch nicht gefragt haben, in der Du sehr starke Angst hattest oder gedacht hast, Du würdest sterben?	8	26
Zeuge von Gewalt: Zeuge von Gewaltanwendung an Sachen			
16	Hast Du schwere Zerstörungen von anderen Bauwerken erlebt, wie z. B. einen Brand oder eine Bombardierung von Gebäuden oder Brücken?	21	64
17	Hast Du aus nächster Nähe miterlebt, wie Gebäude beschossen oder bombardiert wurden?	23	68
18	Hast Du beobachtet, wie Häuser geplündert oder verwüstet wurden?	16	47
Zeuge von Gewalt: Zeuge von Gewaltanwendung an Menschen			
40	Hast Du beobachtet, wie jemand in Deiner Nähe auf andere Menschen geschossen hat?	12	34
41	Hast Du jemanden gesehen, der schwer verletzt war?	23	68
42	Hast Du tote Menschen (Leichen) gesehen?	16	49
43	Hast Du beobachtet, wie jemand getötet oder schwer verletzt wurde?	17	52
44	Hast Du ein Massaker beobachtet, bei dem viele Menschen getötet wurden?	8	26
46	Hast Du jemanden berührt oder getragen, der verletzt oder getötet worden war?	3	9
47	Hast Du beobachtet, wie jemand durch feindliche Truppen entführt oder gefangen genommen wurde?	12	35
48	Hast Du beobachtet, wie Menschen gefoltert, vergewaltigt, verstümmelt worden sind oder wie ihnen schreckliche Dinge angetan wurden?	6	18
Zeuge von Gewalt: Zeuge von Gewaltanwendung an nahestehenden Personen			

28	Ist es vorgekommen, dass jemand gedroht hat, ein Familienmitglied oder einen engen Freund schwer zu verletzen oder zu töten?	13	39
29	Ist es vorgekommen, dass eine Person, die Du sehr magst, schwer verletzt wurde?	19	56
30	Wurde einer Person, die Du sehr magst, etwas Schlimmes getan (Folter)?	13	39
31	Wurde eine Person, die Du sehr magst, gefangen genommen oder in einem Lager festgehalten?	17	52
32	Wurde eine Person, die Du sehr magst, überfallen?	19	56
37	Ist einem oder mehreren Deiner nahen Verwandten sonst etwas Schlimmes in einem Krieg zugestoßen?	12	43
Vertreibung: Verlust des Zuhauses, Vertreibung, Flüchtlingsdasein			
1	Wurdest Du gezwungen, Dein Zuhause zu verlassen?	26	80
5	Hat Euch jemand im Krieg oder auf der Flucht Geld oder Sachen gestohlen?	22	67
7	Bist Du aus Deinem Heimatort geflüchtet?	32	94
8	Hast Du in Flüchtlingslagern gelebt?	14	40
9	Ist es vorgekommen, dass Du so lange nichts zu essen und zu trinken bekommen hast, dass Du geglaubt hast, Du würdest verhungern oder verdursten?	10	31
10	Ist Dir jemals so kalt gewesen, dass Du geglaubt hast, Du würdest erfrieren?	9	27
13	Wurde Dein Zuhause verbrannt?	6	18
14	Wurde Dein Zuhause von Bomben oder Granaten beschädigt oder zerstört?	18	51
15	Wurde Dein Zuhause geplündert?	23	70
36	Hast Du im Krieg ein geliebtes Tier verloren?	15	43
Verlust/Trennung: Verlust von nahestehenden Personen			
33	Hast Du einen oder mehrere Deiner nahen Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel, Cousin(s), Cousine(n)) im Krieg verloren?	14	40
35	Hast Du einen guten Freund im Krieg verloren?	12	34
39	Hat sich ein Mitglied Deiner Familie selbst getötet oder es versucht?	1	3
Verlust/Trennung: Trennung von nahestehenden Personen			
11	Warst Du für eine längere Zeit von nahen Familienmitgliedern getrennt?	14	41
27	Ist es während oder nach Deiner Flucht vorgekommen, dass ein Familienmitglied oder sehr guter Freund vermisst wurde und Du große Angst um seine Sicherheit hattest?	19	59
Täterschaft: Eigene Gewaltanwendung			
49	Hast Du schon einmal eine Waffe benutzt um jemanden zu erschrecken oder zu verletzen (z. B. ein Gewehr oder ein Messer)?	missing	
50	Hast Du schon einmal im Kampf mit einer Waffe geschossen?	1	3
52	Hast Du schon einmal an einem Angriff teilgenommen, bei dem andere Menschen schwer verletzt oder getötet wurden?	1	3
53	Hast Du im Krieg eine andere Person getötet?	missing	
54	Hast Du schon einmal an anderen Gewalttaten teilgenommen?	4	12
Täterschaft: Gewaltanwendung wichtiger Bezugspersonen			
56	Hat jemand, den Du sehr magst, schon einmal eine Waffe benutzt um jemanden zu erschrecken oder zu verletzen (z. B. ein Gewehr oder ein Messer)?	8	24
57	Hat jemand, den Du sehr magst, eine andere Person im Krieg getötet?	6	18
58	Hat jemand, den Du sehr magst, an einem Angriff teilgenommen, bei dem andere Menschen schwer verletzt oder getötet wurden?	6	18
59	Hat jemand, den Du sehr magst, an anderen Gewalttaten teilgenommen?	3	9
Schuldgefühle			
51	Hast Du Dich schon einmal verantwortlich gefühlt für den Tod anderer Menschen im Krieg?	2	6

7.1.2 Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens nach Geschlechtern getrennt

Tabelle 15: *Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens nach Geschlechtern getrennt*

	M		SD		Min		Max	
	Mädchen n = 16	Jungen n = 19	Mädchen n = 16	Jungen n = 19	Mädchen n = 16	Jungen n = 19	Mädchen n = 16	Jungen n = 19
Opfer von Gewalt insgesamt	3,31	3,74	2,39	3,59	0	0	6	13
Gefahr und Bedrohung	1,81	1,47	1,33	1,54	0	0	4	5
Todesangst	1,50	2,26	1,26	2,26	0	0	3	8
Zeuge von Gewalt insgesamt	6,44	7,11	4,15	4,31	0	2	15	15
Zeuge von Gewaltnwendungen an Sachen	1,69	1,74	1,20	1,19	0	0	3	3
Zeuge von Gewaltnwendungen an Menschen	2,50	3,00	2,00	2,29	0	0	7	7
Zeuge von Gewaltnwendungen an nahestehenden Personen	2,25	2,37	2,11	1,89	0	0	5	5
Verlust des Zuhauses, Vertreibung, Flüchtlingsdasein	4,94	5,05	2,24	2,12	1	1	9	8
Verlust und Trennung insgesamt	4,31	3,53	4,59	2,89	0	0	15	11
Verlust von nahestehenden Personen	2,69	1,90	3,40	2,81	0	0	10	10
Trennung von nahestehenden Personen	1,63	1,63	2,00	1,67	0	0	5	6
Täterschaft insgesamt	0	1,47	0	1,84	0	0	0	7
Eigene Gewaltnwendung	0	0,32	0	0,58	0	0	0	2
Gewaltnwendung wichtiger Bezugspersonen	0	1,16	0	1,50	0	0	0	5
Schuldgefühle	0,06	0,05	0,25	0,23	0	0	1	1
Summenscore Exposure	19,06	20,95	10,70	10,14	1	8	36	45

7.2 Korrelationstabelle der SES-Variablen

Tabelle 16: Zusammenhang der SES-Variablen untereinander

	Pers. Um- feld H.	Pers. Umfeld D.	SSES H.	SSES D.	ISEI Mt. H.	ISEI Mt. D.	ISEI Vt. H.	ISEI Vt. D.	WRI H.	WRI D.	FAI
Pers. Umfeld H.	1 n = 35	,492* n = 35	,625* n = 35	,184 n = 35	,231 n = 28	,264 n = 10	,082 n = 26	,033 n = 27	,057 n = 31	,102 n = 33	-,034 n = 35
Pers. Umfeld D.	,492* n = 35	1 n = 35	,386* n = 35	,418* n = 35	-,075 n = 28	,640* n = 10	,076 n = 26	-,186 n = 27	-,082 n = 31	,065 n = 33	-,031 n = 35
SSES H.	,625* n = 35	,386* n = 35	1 n = 35	,386* n = 35	,150 n = 28	,160 n = 10	,063 n = 26	,147 n = 27	-,333* n = 31	,105 n = 33	-,310* n = 35
SSES D.	,184 n = 35	,418* n = 35	,386* n = 35	1 n = 35	-,119 n = 28	,447 n = 10	-,181 n = 26	,059 n = 27	-,421* n = 31	-,205 n = 33	-,148 n = 35
ISEI Mt. H.	,231 n = 28	-,075 n = 28	,150 n = 28	-,119 n = 28	1 n = 28	,162 n = 9	,409* n = 24	,588* n = 25	-,110 n = 25	-,283 n = 26	-,352* n = 28
ISEI Mt. D.	,264 n = 10	,640* n = 10	,160 n = 10	,447 n = 10	,162 n = 9	1 n = 8	,058 n = 8	,755* n = 8	,089 n = 9	,000 n = 9	,231 n = 10
ISEI Vt.. H.	,082 n = 26	,076 n = 26	,063 n = 26	-,181 n = 26	,409* n = 24	,058 n = 8	1 n = 8	,185 n = 24	,392* n = 23	-,042 n = 24	-,071 n = 26
ISEI Vt. D.	,033 n = 27	-,186 n = 27	,147 n = 27	,059 n = 27	,588* n = 25	,755* n = 8	,185 n = 24	1 n = 33	-,327 n = 33	-,349* n = 26	-,275 n = 27
WRI H.	,057 n = 31	-,082 n = 31	-,333* n = 31	-,421* n = 31	-,110 n = 25	,089 n = 9	,392* n = 23	-,327 n = 23	1 n = 29	,328* n = 29	,458* n = 31
WRI D.	,102 n = 33	,065 n = 33	,105 n = 33	-,205 n = 33	-,283 n = 26	,000 n = 9	-,042 n = 24	-,349* n = 26	,328* n = 29	1 n = 29	,617* n = 33

Anmerkungen: pers. = persönlich, SSES = subjektiver SES, WRI = Wohnraum Index, H. = Heimat, D. = Deutschland, Mt. = Mutter, Vt. = Vater.

* signifikant bei zweiseitiger Testung, $p < ,05$

7.3. Korrelationstabellen der Hypothesenprüfung

7.3.1 Korrelationstabelle H₁ – H₁₀

Tabelle 17: *Korrelationen subjektiver und objektiver SES-Indikatoren in Heimat und Exil mit psychopathologischen Auffälligkeiten im Eltern und Selbsturteil der Kinder (H₁ – H₁₀)*

Variable	(H ₁) Stellung pers. Umfeld H. n = 35	(H ₂) Subj. SES H. n = 35	(H ₃) ISEI Mutter H. n = 16	(H ₄) ISEI Vater H. n = 23	(H ₅) Wohn- raum- Index H. n = 31	(H ₆) Stel- lung pers. Umfeld D. n = 35	(H ₇) Subj. SES D. n = 35	(H ₈) ISEI Mutter D. n = 10	(H ₉) ISEI Vater D. n = 10	(H ₁₀) Wohn- raum- Index D. n = 33
1. Sozialer Rückzug	-,189	-,152	,387	-,090	,092	-,222	-,258	-,629*	-,026	-,184
2. Körperliche Beschwerden	-,502*	-,392*	,075	-,056	,101	-,311*	-,073	-,098	,141	-,209
3. Ängstlich depressives Verhalten	-,191	-,356*	,254	-,058	,116	-,306*	-,322*	-,519	-,217	-,071
4. Soziale Probleme	-,364*	-,373*	,150	-,081	,061	-,177	,039	-,375	-,386	-,435*
5. Schizoid zwanghaftes Verhalten	-,232	-,400*	,179	-,132	,190	-,148	-,158	-,297	-,289	-,205
6. Aufmerksamkeits- probleme	-,139	-,314*	,266	,010	,106	-,096	-,020	-,144	-,003	-,331*
7. Dissoziales Verhalten	-,062	-,243 [†]	,337	-,251	-,005	-,130	-,105	-,322	,263	-,311*
8. Aggressives Verhalten	-,204	-,452*	,302	,020	,226	-,271	-,225	-,234	-,186	-,386*
9. Andere Probleme	-,250	-,429*	,401	-,089	,052	-,305*	-,253	-,287	-,283	-,297*
Internalisierende Störungen (1+2+3)	-,289*	-,301*	,370	-,065	,128	-,321*	-,307*	-,532	-,083	-,142
Externalisierende Störungen (7+8)	-,167	-,421*	,315	-,081	,171	-,253	-,198	-,211	-,025	-,410*
CBCL Summenwert	-,261	-,454*	,428*	-,098	,195	-,285*	-,276	-,370	-,204	-,324*
PTSD Summenscore	-,062	,086	,092	-,116	-,290	-,094	,217	-,101	,136	,092
PTSD Wiedererle- ben DSM Krite- rium B	-,025	,045	,064	-,163	-,239	-,053	,257	,153	,196	,086
PTSD Vermeidung DSM Krite- rium C	-,064	-,006	,177	,020	-,252	,007	,139	-,231	-,127	-,067
PTSD Arousal DSM Kriterium D	-,106	,196	,066	-,091	-,368*	-,214	,211	-,046	,245	,135
Depression	-,222	-,047	,260	-,225	-,170	-,075	,147	-,380	-,388	,157
Angst	-,137	-,006	,094	,208	-,219	-,365*	,123	-,175	,383	-,197
Somatisierung	-,212	,043	,244	,286	-,177	-,027	,197	-,134	-,365	-,177

Anmerkungen: H_{1,2,3} = Hypothese 1,2,3, H = Heimat, D = Deutschland, pers. = persönlich, subj. = subjektiv * signifikant bei einseitiger Testung, p < ,025

7.3.2. Korrelationstabelle H₁₁ – H₁₆Tabelle 18: *Korrelationen von SES-Differenz-Indikatoren und FAI mit psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder im Eltern- und Selbsturteil (H₁₁ – H₁₆)*

Variablen	(H ₁₁) Differenz Stellung persönliches Umfeld n = 35	(H ₁₂) Differenz subjektiver SES n = 35	(H ₁₃) Differenz ISEI Mutter n = 9	(H ₁₄) Differenz ISEI Vater n = 9	(H ₁₅) Differenz Wohnraum-Index n = 29	(H ₁₆) FAI n = 35
1. sozialer Rückzug	-,029	-,028	,792*	,193	,076	,169
2. körperliche Beschwerden	-,026	-,263	,127	,009	,143	,125
3. ängstlich depressives Verhalten	,048	-,102	,360	,667*	,205	,256
4. soziale Probleme	-,130	-,366*	,234	,023	,338*	-,020
5. schizoid zwanghafte Verhaltensstörung	-,168	-,327*	,428	,030	,268	,369
6. Aufmerksamkeitsprobleme	-,094	-,234	,298	,189	,311	,157
7. dissoziales Verhalten	-,083	-,117	,733*	,202	,152	,016
8. aggressives Verhalten	-,077	-,234	,444	,477	,473*	,026
9. andere Probleme	-,001	-,196	,248	,508	,315*	,201
internalisierende Störungen (1+2+3)	,030	-,061	,579	,551	,173	,189
externalisierende Störungen (7+8)	-,069	-,230	,529	,363	,440*	,024
CBCL Summenwert	-,064	-,219	,594*	,601*	,385*	,159
PTSD Summenwert	,018	-,161	-,050	,168	,021	,482*
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B	-,037	-,211	-,433	,269	-,083	,584*
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C	-,032	-,159	,067	-,269	,007	,168
PTSD Arousal DSM Kriterium D	,110	-,075	-,147	,198	,093	,492*
Depressivität: Summenwert	-,084	-,178	,239	,513	,050	,355*
Ängstlichkeit: Summenwert	,222t	-,188	,042	,139	-,124	,181
Somatisierung: Summenwert	-,061	-,108	,135	,245	-,059	-,160

Anmerkung: H = Hypothese * signifikant bei einseitiger Testung, $p < ,025$

7.4 Ergebnisse nach Ausschluss von Ausreißern

7.4.1 Deskriptive Analyse von Kinder- und Elternfragebogen ohne Ausreißer

Tabelle 19: *Deskriptive Statistik des Exposure Fragebogens ohne Ausreißer (N = 34)*

Skala	M	SD	N	Min	Max
Opfer von Gewalt insgesamt	3,62	3,07	34	0	13
Gefahr und Bedrohung	1,68	1,43	34	0	5
Todesangst	1,94	1,91	34	0	8
Zeuge von Gewalt insgesamt	6,88	4,22	34	0	15
Zeuge von Gewaltanwendungen an Sachen	1,76	1,16	34	0	3
Zeuge von Gewaltanwendungen an Menschen	2,85	2,12	34	0	7
Zeuge von Gewaltanwendungen an nahestehenden Personen	2,26	1,97	34	0	5
Verlust des Zuhauses, Vertreibung, Flüchtlingsdasein	5,06	2,15	34	1	9
Verlust und Trennung insgesamt	3,82	3,76	34	0	15
Verlust von nahestehenden Personen	2,18	3,08	34	0	10
Trennung von nahestehenden Personen	1,65	1,83	34	0	6
Täterschaft insgesamt	0,82	1,55	34	0	7
Eigene Gewaltanwendung	0,18	0,46	34	0	2
Gewaltanwendung wichtiger Bezugspersonen	0,65	1,25	34	0	5
Schuldgefühle	0,06	0,24	34	0	1
Summenscore Exposure	20,26	10,39	34	1	45

Tabelle 20: *Deskriptive Statistik der CBCL ohne Ausreißer (N = 34)*

Skala	M	SD	Min	Max	% über Cut-off Jungen	% über Cut-off Mädchen
1. Sozialer Rückzug	1,73	2,30	0	8	0	0
2. Körperliche Beschwerden	1,83	2,21	0	8	16,7	12,6
3. Ängstlich / Depressiv	3,53	3,84	0	12	16,7	6,3
4. Soziale Probleme	1,35	1,71	0	5	0	0
5. Schizoid/ Zwanghaft	0,62	1,42	0	6	11,2	6,3
6. Aufmerksamkeitsprobleme	2,58	3,29	0	14	11,2	0
7. Dissoziales Verhalten	1,26	1,26	0	5	0	0
8. Aggressives Verhalten	3,62	3,83	0	15	0	6,3
Internalisierende Störungen (1 + 2+ 3)	6,82	6,86	0	24	27,9	12,6
Externalisierende Störungen (7 + 8)	4,88	4,82	0	20	0	6,3
CBCL Gesamtwert	19,30	17,10	0	66	16,8	6,3

Tabelle 21: *Deskriptive Statistik der Selbstbeurteilungsskalen psychopathologischer Auffälligkeiten ohne Ausreißer (N = 34)*

	M	SD	Min	Max	% über Cut-off
PTSD Gesamt-Summenwert	19,53	11,82	3	50	11,7
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B	6,09	4,74	0	19	keine Angabe
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C	7,47	4,70	0	15	keine Angabe
PTSD Arousal DSM Kriterium D	5,97	4,33	0	17	keine Angabe
Depressivität Summenwert	9,62	5,78	1	24	14,5
Ängstlichkeit Summenwert	10,81	5,83	0	22	8,7
Somatisierung Summenwert	15,74	13,40	2	55	46,5

7.4.2 Korrelationen der Hypothesenprüfung ohne Ausreißer

Tabelle 22: *Korrelationen von Prä- und Postmigrations-SES (subjektiv und objektiv) mit psychopathologischen Auffälligkeiten (ohne Ausreißer)*

	Stellung pers. Umfeld Heimat N=34	Stellung pers. Umfeld Deutschland N=34	subjektiver SES Heimat N=34	subjektiver SES Deutschland N = 34	ISEI Mutter Heimat n = 15	ISEI Mutter Deutschland n = 9	ISEI Vater Heimat n = 22	ISEI Vater Deutschland n = 9
1. Sozialer Rückzug	-,158	-,181	-,174	-,296*	,273	-,589*	-,099	-,093
2. Körperliche Beschwerden	-,491*	-,284	-,415*	-,101	-,066	,088	-,070	,084
3. Ängstlich depressives Verhalten	-,163	-,270	-,384*	-,360*	,125	-,455	-,061	-,299
4. Soziale Probleme	-,344*	-,140	-,398*	,015	-,001	-,251	-,091	-,627*
5. Schizoid zwanghafte Verhaltensstörung	-,206	-,098*	-,439*	-,196	,036	-,172	-,133	-,464
6. Aufmerksamkeitsprobleme	-,113	-,051	-,339*	-,047	,140	,018	,009	-,053
7. Dissoziales Verhalten	-,028	-,087	-,265a	-,135	,214	-,203	-,265	,282
8. Aggressives Verhalten	-,174	-,232	-,481*	-,265	,173	-,070	,036	-,256
9. Andere Probleme	-,226	-,269	-,460*	-,285	,317	-,161	-,095	-,415
Internalisierende Störungen (1+2+3)	-,265	-,288*	-,327*	-,343*	,262	-,471	-,074	-,142
Externalisierende Störungen (7+8)	-,135	-,214	-,451*	-,236	,187	-,044	-,073	-,061
CBCL Summenwert	-,235	-,248^a	-,485*	-,313*	,333	-,262	-,099	-,272
PTSD Gesamt-Summenwert	-,072	-,114	,081	,219	,158	-,131	-,107	,186
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B	-,043	-,073	,038	,261	,104	,116	-,152	,234
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C	-,061	,004	-,013	,144	,195	-,263	,031	-,119
PTSD Arousal DSM Kriterium D	-,124	-,236	,194	,220	,123	-,088	-,087	,281
Depressivität: Summenwert	-,213	-,068	-,049	,139	,248	-,269	-,221	-,386
Ängstlichkeit: Summenwert	-,132	-,357*	-,009	,112	,021	-,114	,220	,468
Somatisierung: Summenwert	-,211	-,033	,041	,196	,233	-,123	,288	-,315

Anmerkung: pers = persönlich * signifikant bei einseitiger Testung, $p < ,025$

Tabelle 23: *Korrelationen von SES-Differenz-Indikatoren mit psychopathologischen Auffälligkeiten (ohne Ausreißer)*

Variablen	Differenz Stellung im pers. Umfeld N = 34	Differenz subjektiver SES N = 34	Differenz ISEI Mutter n = 8	Differenz ISEI Vater n = 8
1. Sozialer Rückzug	-,056	-,012	,724*	,151
2. Körperliche Beschwerden	-,048	-,264	-,084	-,055
3. Ängstlich depressives Verhalten	,021	-,092	,204	,727*
4. Soziale Probleme	-,162	-,370*	-,024	-,083
5. Schizoid zwanghafte Verhaltensstörung	-,212	-,330*	,311	,000
6. Aufmerksamkeitsprobleme	-,132	-,232	,061	,148
7. Dissoziales Verhalten	-,122	-,107	,631*	,192
8. Aggressives Verhalten	-,113	-,231	,252	,515
9. Andere Probleme	-,030	-,190	,086	,551
internalisierende Störungen (1 + 2 + 3)	,006	-,050	,466	,587
externalisierende Störungen (7 + 8)	-,106	-,227	,349	,389
CBCL Summenwert	-,095	-,213	,467	,681*
PTSD Gesamt-Summenwert	,020	,160	-,024	,204
PTSD Wiedererleben DSM Kriterium B	-,037	-,217	-,451	,303
PTSD Vermeidung DSM Kriterium C	-,040	-,161	,120	-,253
PTSD Arousal DSM Kriterium D	,113	-,081	-,127	,247
Depressivität: Summenwert	-,093	-,171	-,049	,531
Ängstlichkeit: Summenwert	,215	-,182	-,024	,187
Somatisierung: Summenwert	-,077	-,109	,120	,253
Exposure Summenwert	-,235	,032	-,030	,515

* signifikant bei einseitiger Testung, $p < ,025$

Datum: | | | | | | | |

Fam: | | | | | |

Num: | 2 | | | | | |

Posi: 1 Ge 2 Ge 3 Ge 4 Ge 8 Pat

7.5 Kinderfragebogen

Hallo!

Bei den folgenden Fragen geht es um Dich und Deine Erlebnisse. Wir wollen herausfinden, was Kinder und Jugendliche denken und fühlen, damit wir ihre Sorgen und Wünsche besser verstehen und ihnen helfen können.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Es ist also völlig in Ordnung, wenn Du den Fragebogen nicht ausfüllst. Wenn Du nicht teilnehmen möchtest, sag' uns einfach Bescheid.



Wenn Du an der Befragung teilnehmen möchtest, beachte bitte folgendes:

Lies bitte jede Frage genau durch.

Die meisten Fragen kannst Du einfach beantworten, indem Du an der für Dich richtigen Stelle ein Kreuz in einem Kästchen machst. Hier siehst Du ein Beispiel für ein angekreuztes Kästchen:

Bei manchen Fragen sollst Du Deine Antwort hinschreiben.

Überlege beim Antworten nicht zu lange.



Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Dies ist kein Test!

Wichtig ist nur, dass Du ehrlich antwortest, was Du denkst.

Wenn Du manche Fragen nicht beantworten kannst oder willst, überspringe sie einfach.

Deine Antworten werden nicht an Deine Eltern oder Lehrer weitergegeben.

Wenn Du möchtest, helfen wir Dir beim Ausfüllen. Bitte melde Dich dann bei einem Mitglied unseres Forschungsteams, aber nicht bei Deinem Lehrer.

Bitte trage Deinen Vor- und Nachnamen ein:

Vorname

Nachname



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Scales for Children afflicted by War and Persecution (SCWP)
© 2001–2003 Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien
ALL RIGHTS RESERVED
Do not duplicate or distribute without permission

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
Prof. Dr. med. P. Riedesser
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

SCWP German 7.11.2002.doc

Eingegeben am: | | | | | | | |

Fam: | | | | |

Num: | 2 | | | | |

Posi: 1 Ge 2 Ge 3 Ge 4 Ge 8 Pat**A. Ich und meine Familie**

1. Bitte kreuze das zutreffende Kästchen an: Ich bin ein: 1 Junge 2 Mädchen
2. Ich bin _____ Jahre alt
3. Meine Nationalität ist: _____
4. Meine Religion ist: 1 islamisch 2 katholisch 3 andere (welche?): _____
5. Mit wem lebst Du zusammen (Bitte kreuze nur **ein** Kästchen an):
- 1 Mit meiner Mutter und meinem Vater.
- 2 Nur mit meiner Mutter.
- 3 Nur mit meinem Vater.
- 4 Mit anderen Verwandten (zum Beispiel Großeltern, Tante oder Onkel).
- 5 Mit einem Vormund oder Pflegeeltern, **der kein Verwandter ist.**
- 6 Mit der Familie von Freunden.
- 7 Allein.
- 8 Mit anderen Kindern oder Jugendlichen in einer Jugendwohnung oder Jugendpension.
- 9 Anders. Bitte aufschreiben: _____
-
6. Mit wie vielen Geschwistern lebst Du zusammen?: _____ (Bitte die Zahl aufschreiben!)
7. Bitte beantworte die folgende Frage nur, wenn Du **nicht** mit Deiner Mutter zusammenlebst: Was weißt Du über ihren Aufenthaltsort?
- Meine Mutter ist: _____
8. Bitte beantworte die folgende Frage nur, wenn Du **nicht** mit Deinem Vater zusammenlebst: Was weißt Du über seinen Aufenthaltsort?
- Mein Vater ist: _____
9. Wann hast Du Dein Heimatland verlassen?: _____ / _____ (Monat / Jahr)
10. Wo hast Du vor Deiner Flucht gelebt? (Du kannst mehrere Antworten ankreuzen)
- a In dem Haus/der Wohnung meiner Familie: Wo?: _____
- b In dem Haus/der Wohnung einer Pflegefamilie. Wo?: _____
- c In einem Flüchtlingslager. Wo?: _____
- d In einer Wohnung/einem Haus in einem anderen Land. Wo?: _____
- e Ich habe in den Wäldern oder auf der Straße gelebt
- f Woanders. Bitte aufschreiben: _____
11. Möchtest Du in Dein Heimatland zurückkehren? nein₀ ja₁
- Wenn ja, wann?: _____ / _____ (Monat / Jahr)
12. Hast Du das Gefühl, dass Dir oder Deiner Familie im Moment irgendeine Gefahr droht? nein₀ ja₁
- Falls ja, schreibe bitte auf, warum: _____
-

B. Erlebnisse in Deinem Heimatland und auf der Flucht

Bei den folgenden Fragen geht es um Deine Erlebnisse in Deinem Heimatland und auf Deiner Flucht. Kreuze bitte für jede Frage die Antwort nein oder ja an. Wenn Du auf manche Fragen keine Antwort weißt, kannst Du sie auslassen.

	0	1
1. Wurdest Du gezwungen, Dein Zuhause zu verlassen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2. Sind feindliche Soldaten mit Gewalt in das Haus, in dem Du gewohnt hast, eingedrungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3. Sind sonstige Fremde mit Gewalt in das Haus, in dem Du gewohnt hast, eingedrungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Sind Polizisten oder Soldaten zu Euch in die Wohnung gekommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5. Hat Euch jemand im Krieg oder auf der Flucht Geld oder Sachen gestohlen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Bist Du gefangen genommen oder in einem Lager eingesperrt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Bist Du aus Deinem Heimatort geflüchtet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8. Hast Du in Flüchtlingslagern gelebt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9. Ist es vorgekommen, dass Du solange nichts zu essen und zu trinken bekommen hast, dass Du geglaubt hast, Du würdest verhungern oder verdursten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. Ist Dir jemals so kalt gewesen, dass Du geglaubt hast, Du würdest erfrieren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11. Warst Du für eine längere Zeit von nahen Familienmitgliedern getrennt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, schreibe auf, von wem:		
<hr/>		
13. Wurde Dein Zuhause verbrannt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14. Wurde Dein Zuhause von Bomben oder Granaten beschädigt oder zerstört?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15. Wurde Dein Zuhause geplündert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16. Hast Du schwere Zerstörungen von anderen Bauwerken erlebt, wie z.B. einen Brand oder eine Bombardierung von Gebäuden oder Brücken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
17. Hast Du aus nächster Nähe miterlebt, wie Gebäude beschossen oder bombardiert wurden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18. Hast Du beobachtet, wie Häuser geplündert oder verwüstet wurden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
19. Warst Du jemals in einem Krieg oder auf der Flucht ernsthaft körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
20. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, beschreibe bitte Deine Verletzungen:		
<hr/>		
21. Ist jemals eine Kugel so dicht an Dich herangekommen, dass Du in Gefahr warst, schwer verletzt oder getötet zu werden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
22. Ist jemals eine Granate oder Bombe so dicht in Deiner Nähe gelandet, dass Du in Gefahr warst, schwer verletzt oder getötet zu werden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

	0	1
23. Hat jemand gesagt, dass er Dich töten oder schwer verletzen wird?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
24. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, hat die Person Dich mit einer Waffe bedroht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
25. Bist Du heftig geschlagen worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
26. Gab es irgendwann eine Zeit, in der Du fest davon überzeugt warst, schwer verletzt oder getötet zu werden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
27. Ist es während oder nach Deiner Flucht vorgekommen, dass ein Familienmitglied oder sehr guter Freund vermisst wurde und Du große Angst um seine Sicherheit hattest?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
28. Ist es vorgekommen, dass jemand gedroht hat, ein Familienmitglied oder einen engen Freund schwer zu verletzen oder zu töten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
29. Ist es vorgekommen, dass eine Person, die Du sehr magst, schwer verletzt wurde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
30. Wurde einer Person, die Du sehr magst, etwas Schlimmes getan (Folter)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
31. Wurde eine Person, die Du sehr magst, gefangengenommen oder in einem Lager festgehalten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
32. Wurde eine Person, die Du sehr magst, überfallen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
33. Hast Du einen oder mehrere Deiner nahen Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel, Cousin(s), Cousine(n)) im Krieg verloren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
34. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, schreibe auf, wen Du verloren hast:		
<hr/>		
35. Hast Du einen guten Freund im Krieg verloren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
36. Hast Du im Krieg ein geliebtes Tier verloren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
37. Ist einem oder mehreren Deiner nahen Verwandten sonst etwas Schlimmes einem Krieg zugestoßen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
38. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, schreibe auf, was:		
<hr/>		
39. Hat sich ein Mitglied Deiner Familie selbst getötet oder es versucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
40. Hast Du beobachtet, wie jemand in Deiner Nähe auf andere Menschen geschossen hat?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
41. Hast Du jemanden gesehen, der schwer verletzt war?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
42. Hast Du tote Menschen (Leichen) gesehen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
43. Hast Du beobachtet, wie jemand getötet oder schwer verletzt wurde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
44. Hast Du ein Massaker beobachtet, bei dem viele Menschen getötet wurden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
45. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, schreibe auf, wie viele: _____		
46. Hast Du jemanden berührt oder getragen, der verletzt oder getötet worden war?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
47. Hast Du beobachtet, wie jemand durch feindliche Truppen entführt oder gefangengenommen wurde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

	0	1
48. Hast Du beobachtet, wie Menschen gefoltert, vergewaltigt, verstümmelt worden sind oder wie ihnen schreckliche Dinge angetan wurden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
49. Hast Du schon einmal eine Waffe benutzt um jemanden zu erschrecken oder zu verletzen (z.B. ein Gewehr oder ein Messer)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
50. Hast Du schon einmal im Kampf mit einer Waffe geschossen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
51. Hast Du Dich schon einmal verantwortlich gefühlt für den Tod anderer Menschen im Krieg?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
52. Hast Du schon einmal an einem Angriff teilgenommen, bei dem andere Menschen schwer verletzt oder getötet wurden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
53. Hast Du im Krieg eine andere Person getötet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
54. Hast Du schon einmal an anderen Gewalttaten teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
55. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, schreibe auf, was für Gewalttaten das waren:		
<hr/>		
56. Hat jemand, den Du sehr magst schon einmal eine Waffe benutzt um jemanden zu erschrecken oder zu verletzen (z.B. ein Gewehr oder ein Messer)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
57. Hat jemand, den Du sehr magst, eine andere Person im Krieg getötet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
58. Hat jemand, den Du sehr magst, an einem Angriff teilgenommen, bei dem andere Menschen schwer verletzt oder getötet wurden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
59. Hat jemand, den Du sehr magst, an anderen Gewalttaten teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
60. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, schreibe auf, was für Gewalttaten das waren:		
<hr/>		
61. Gab es während eines Krieges oder auf der Flucht irgendeine andere Situation, nach der wir noch nicht gefragt haben, in der Du sehr starke Angst hattest oder gedacht hast, Du würdest sterben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
62. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, beschreibe bitte die Situation:		
<hr/>		
63. Bist Du schon einmal so krank gewesen, dass Du geglaubt hast Du würdest sterben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
64. Gab es irgendeine andere Situation, nach der wir noch nicht gefragt haben, in der Du sehr starke Angst hattest oder gedacht hast, Du würdest sterben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
65. Wenn Du „Ja“ angekreuzt hast, beschreibe bitte die Situation:		

Sources: M. Macksoud & R. Stuvland, 1992
H. Adam, M. Aßhauer, B. Möller & J. Walter, 2001

66. Was war für Dich das schlimmste Erlebnis, das Du in Deinem Heimatland oder auf Deiner Flucht hattest?

67. Mit wem hast Du bist jetzt über Deine schlimmen Erlebnisse gesprochen? Du kannst mehrere Kästchen ankreuzen!

- a Ich habe noch nie darüber gesprochen
- b Mutter
- c Vater
- d jüngere Geschwister
- e ältere Geschwister
- f andere Verwandte (zum Beispiel Großeltern, Tante oder Onkel)
- g Freunde
- h Ärzte oder Psychologen
- i andere Personen. Bitte aufschreiben: _____

68. Wie oft hast Du insgesamt schon über Deine schlimmen Erlebnisse gesprochen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0
nie | 1
selten | 2
gelegentlich | 3
oft | 4
sehr oft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

69. Hast Du auf der Flucht (oder im Krieg) auch positive Dinge erlebt oder etwas, was Dir sehr geholfen hat? Wenn ja, schreibe es bitte auf:

70. Wie hast Du Deinen Vater auf der Flucht (oder im Krieg) erlebt? Bitte kreuze bei jedem Wort nein oder ja an!

	0	1
a) stark	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) schwach	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) tröstend	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
d) hilflos	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
e) schützend	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
f) ängstlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
g) mutig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
h) verzweifelt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
i) hoffnungsvoll	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

71. Wie hast Du Deine Mutter auf der Flucht (oder im Krieg) erlebt? Bitte kreuze bei jedem Wort nein oder ja an!

	0	1
a) stark	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) schwach	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) tröstend	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
d) hilflos	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
e) schützend	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
f) ängstlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
g) mutig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
h) verzweifelt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
i) hoffnungsvoll	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Source: H. Adam & M. Aßhauer, 2001

C. Problemliste

Hier ist eine Liste mit 22 Problemen, die Menschen manchmal haben, nachdem sehr schlimme Dinge passiert sind. Bitte lies jedes Problem und denke dabei an Deine schlimmste(n) Erfahrung(en). Danach kreuze das Kästchen an, das angibt, wie oft Du das Problem **IM LETZTEN MONAT** hattest. Bitte achte darauf, alle Fragen zu beantworten.

Im letzten Monat ...	nie 0	selten 1	manch- mal 2	oft 3	meis- tens 4
1. Ich halte Ausschau nach Gefahr oder Dingen, vor denen ich Angst habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn mich etwas daran erinnert, was passiert ist, dann werde ich sehr aufgeregt, ängstlich oder traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In meinen Kopf drängen sich belastende Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem, was passiert ist, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich werde schnell wütend oder ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich träume von den Dingen, die passiert sind, oder ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich so, als wäre ich wieder in der Zeit, in der die schlimmen Dinge passierten oder so, als ob ich sie noch mal erleben würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich möchte lieber alleine und nicht mit meinen Freunden zusammen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tief im Innern fühle ich mich alleine und anderen Menschen nicht nah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich versuche, über das, was passiert ist, nicht zu reden, nachzudenken oder Gefühle dazu zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es fällt mir schwer, fröhlich zu sein oder Liebe zu empfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es fällt mir schwer, Trauer oder Ärger zu empfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fühle mich nervös oder erschrecke mich leicht, z.B. wenn ich ein lautes Geräusch höre oder wenn mich etwas überrascht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im letzten Monat ...	nie 0	selten 1	manch- mal 2	oft 3	meis- tens 4
13. Ich habe Probleme, einzuschlafen, oder ich wache oft während der Nacht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich denke, dass ein Teil dessen, was passiert ist, meine eigene Schuld ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es fällt mir schwer, mich an wichtige Teile dessen, was passiert ist, zu erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren oder aufmerksam zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuche, von Menschen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die mich an das erinnern, was passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn mich etwas daran erinnert, was passiert ist, schlägt mein Herz schnell, oder mein Kopf tut weh oder mein Bauch tut weh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich denke, dass ich kein langes Leben haben werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe Streitigkeiten oder Schlägereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich denke, dass alles schlecht ist oder noch schlechter wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe Angst davor, dass die schlimmen Dinge noch einmal passieren werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: UCLA Trauma Psychiatry Team, 1998

D. Wie ich mich gefühlt habe

Die Aussagen weiter unten beziehen sich darauf, wie Du Dich **IN DER VERGANGENEN WOCHE** gefühlt hast. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es ist wichtig, dass Du sagst, wie Du Dich gefühlt hast. Bitte antworte so ehrlich wie möglich. Kreuze das zutreffende Kästchen an.

In der vergangenen Woche ...	nie 0	manchmal 1	meistens 2
1. Ich freute mich auf Dinge so sehr wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich schlief sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühlte mich zum heulen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich ging gerne raus zum spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich wäre am liebsten weggelaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich hatte Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich hatte viel Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mir schmeckte mein Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe mein Leben gut im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich dachte, dass das Leben nicht lebenswert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich konnte Dinge, die ich tat, gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir machten die Dinge, die ich tat, so viel Spaß wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich unterhielt mich gerne mit meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich hatte schreckliche Träume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühlte mich sehr einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich war leicht aufzuheitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich fühlte mich so traurig, dass ich es kaum aushalten konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mir war sehr langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: P. Birlleson, 1981

E. Was ich denke und fühle

Kreuze für jede Aussage das Kästchen **nein** an, wenn Du denkst, dass sie auf Dich nicht zutrifft. Kreuze das Kästchen **ja** an, wenn Du denkst, dass sie auf Dich zutrifft.

	0	1
1. Es fällt mir schwer, mich zu entscheiden.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2. Ich werde nervös, wenn Dinge nicht so klappen, wie ich es will.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3. Andere scheinen Aufgaben leichter zu fallen als mir.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Ich mag jeden, den ich kenne.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5. Ich habe oft Luftnot.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Ich mache mir oft Sorgen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Ich habe vor vielen Dingen Angst.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8. Ich bin immer nett.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9. Ich werde schnell wütend.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. Ich mache mir oft Sorgen darüber, was meine Eltern zu mir sagen werden.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11. Ich glaube, dass andere die Art, wie ich Dinge erledige, nicht mögen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12. Ich benehme mich immer gut.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13. Es fällt mir schwer, nachts einzuschlafen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14. Ich mache mir Sorgen darüber, was andere Menschen über mich denken.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15. Ich fühle mich allein, selbst wenn andere Menschen bei mir sind.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16. Ich bin immer lieb.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
17. Ich fühle mich häufig übel im Bauch.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18. Meine Gefühle werden leicht verletzt.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
19. Meine Hände fühlen sich verschwitzt an.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
20. Ich bin immer nett zu allen Leuten.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
21. Ich bin oft müde.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
22. Ich mache mir Sorgen darüber, was passieren wird.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
23. Andere Kinder sind fröhlicher als ich.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
24. Ich sage immer die Wahrheit.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
25. Ich habe schlechte Träume.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
26. Meine Gefühle werden leicht verletzt, wenn man mich ärgert.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
27. Ich glaube, dass mir jemand sagen wird, dass ich Dinge falsch mache.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
28. Ich werde nie ärgerlich.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

	0	1
29. Manchmal wache ich auf und habe Angst.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
30. Ich grüble nach, wenn ich abends im Bett liege.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
31. Es fällt mir schwer, mich auf meine Schulaufgaben zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
32. Ich sage niemals Dinge, die man eigentlich nicht sagen sollte.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
33. Ich wackele oft auf meinem Stuhl.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
34. Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
35. Viele Menschen sind gegen mich.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
36. Ich lüge nie.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
37. Ich mache mir oft Sorgen darüber, dass mir etwas Schlimmes zustoßen könnte.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Source: C.R. Reynolds & B.O. Richmond, 1978

F. Wie sich mein Körper anfühlt

Nun folgt eine Liste von Beschwerden, die Kinder und Jugendliche manchmal haben. Wir möchten nun wissen, wie stark Du IN DEN LETZTEN ZWEI WOCHEN unter solchen Beschwerden gelitten hast. Kreuze bitte für jedes Symptom das passende Kästchen an.

	nie	ein wenig	manch mal	oft	sehr oft
	0	1	2	3	4
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ohnmachtsgefühl oder Schwindel (Du fühlst Dich der Ohnmacht nahe oder schwindlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schmerzen in Deinem Herzen oder Deiner Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gefühl von Energielosigkeit oder Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schmerzen in Deinem unteren Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskelkater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten beim Luftholen (wenn Du keinen Sport treibst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hitze- oder Kälteschauer (Du fühlst Dich plötzlich ohne Grund heiß oder kalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Taubheit oder Kribbeln in Teilen Deines Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kloßgefühl in Deinem Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schwäche (Schwächegefühl) in Teilen Deines Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schweregefühl in Deinen Armen oder Beinen (wenn sie sich so anfühlen, als wären sie zu schwer, um bewegt zu werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Übelkeit oder Magenverstimmung (Gefühl, als müsstest Du erbrechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Verstopfung (wenn es schwierig ist, den Darm auf der Toilette zu entleeren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lockerer (flüssiger) Stuhlgang oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schmerzen in Deinem Magen oder Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dein Herz schlägt zu schnell (auch, wenn Du keinen Sport machst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Schwierigkeiten beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Verlust Deiner Stimme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	ein wenig	manch mal	oft	sehr oft
	0	1	2	3	4
20. Taubheit (wenn Du nicht hören kannst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Doppelbilder (wenn Du alles doppelt siehst, auch wenn Du eine Brille aufhast)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Verschwommene Sicht (wenn Dinge unscharf aussehen, auch wenn Du eine Brille aufhast)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Blindheit (wenn Du gar nicht sehen kannst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ohnmächtig werden (umfallen und das Bewusstsein verlieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gedächtnisverlust (Du kannst nichts mehr erinnern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Anfälle oder Krämpfe (Deine Körper bewegt oder schüttelt sich, und Du kannst es nicht kontrollieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Probleme beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Lähmung oder Muskelschwäche (Deine Muskeln sind zu schwach, um sich zu bewegen, z.B. kannst Du Arme oder Beine überhaupt nicht bewegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Probleme beim Wasser lassen (Pinkeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Erbrechen oder Übergeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Übelkeit durch Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Schmerzen in Deinen Knien, Ellenbogen oder anderen Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Schmerzen in Deinen Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Schmerzen beim Wasser lassen (Pinkeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: L.S. Walker & J. Garber, 1993

G. Was Kinder bei Stress oder Sorgen tun

Wenn Kinder Sorgen haben oder gestresst und nervös sind, tun sie manchmal Dinge wie unten in der Liste. Wir möchten nun von Dir wissen, was DU tust, wenn Du Stress oder Sorgen hast.

Kreuze zuerst in der grauen Spalte an, wie oft Du die aufgezählten Dinge tust, wenn Du Stress oder Sorgen hast. Kreuze dann in der weißen Spalte daneben an, wie sehr die aufgezählten Dinge Dir helfen, Dich besser zu fühlen.

Zu jeder Frage sollst Du also zwei Kreuze machen!

Was tust Du, wenn Du Stress oder Sorgen hast?	Erstes Kreuz in der grauen Spalte				→	Zweites Kreuz in der weißen Spalte			
	WIE OFT TUST DU DAS?					WIE SEHR HILFT ES DIR?			
	0	1	2	3		0	1	2	3
1. Ich bin für mich allein, ich ziehe mich zurück.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
2. Ich kaue an meinen Nägeln.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
3. Ich umarme meine Puppe oder ein Stofftier.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
4. Ich weine oder bin traurig.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
5. Ich träume vor mich hin.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
6. Ich versuche, „irgend etwas“ dagegen zu tun.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
7. Ich mache Hausarbeit.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
8. Ich male, schreibe oder lese etwas.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
9. Ich esse oder trinke.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
10. Ich prägele mich mit jemandem.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch -mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>

Was tust Du, wenn Du Stress oder Sorgen hast?	Erstes Kreuz in der grauen Spalte				→	Zweites Kreuz in der weißen Spalte			
	WIE OFT TUST DU DAS?					WIE SEHR HILFT ES DIR?			
	0	1	2	3		0	1	2	3
11. Ich werde wütend.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
12. Ich schlage auf etwas ein, werfe Sachen oder mache etwas kaputt.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
13. Ich ärgere jemanden.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
14. Ich spiele etwas.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
15. Ich bete.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
16. Ich renne weg oder haue ab.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
17. Ich entschuldige mich.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
18. Ich schlafe, mache ein Nickerchen	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
19. Ich rede mit mir selbst.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
20. Ich rede mit jemand anderem.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
21. Ich denke nach.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
22. Ich versuche zu vergessen.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
23. Ich versuche mich zu entspannen, ruhig zu bleiben.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>

Was tust Du, wenn Du Stress oder Sorgen hast?	Erstes Kreuz in der grauen Spalte				→	Zweites Kreuz in der weißen Spalte			
	WIE OFT TUST DU DAS?					WIE SEHR HILFT ES DIR?			
	0	1	2	3		0	1	2	3
24. Ich gehe spazieren, laufe oder fahre Fahrrad.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
25. Ich sehe fern oder höre Musik.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
26. Ich brülle oder schreie.	Nie <input type="checkbox"/>	Manch-mal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>

Source: N.M. Ryan-Wenger, 1990

Oft suchen Kinder mit Problemen oder in schwierigen Situationen die Hilfe von anderen. Das sind manchmal Menschen

- aus der Familie wie Vater, Mutter, Schwester, Bruder, Großeltern, Ahnen.
- Manchmal sind es andere wie Freunde, Nachbarn, Lehrer, Ärzte, Pfarrer oder Mullahs, Heiler, alte Menschen, Fremde.
- Manchmal sind es Menschen die man nicht wirklich kennt wie Gestalten aus Filmen oder Geschichten, Musiker, Schauspieler.
- Manchmal sind es Menschen, Tiere oder Figuren, die wir uns in Gedanken vorstellen.

Was tust DU wenn Du Probleme oder Schwierigkeiten hast?

	Erstes Kreuz in der grauen Spalte				→	Zweites Kreuz in der weißen Spalte			
	WIE OFT TUST DU DAS?					WIE SEHR HILFT ES DIR?			
	0	1	2	3		0	1	2	3
27. Ich spreche mit anderen über das, was passiert ist.	Nie <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>

Mit wem?

28. Ich bitte jemanden um Hilfe oder Trost.	Nie <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	---	--	--	--	---

Wen?

29. Ich schaue, was andere in meiner Lage tun.	Nie <input type="checkbox"/>	Manchmal <input type="checkbox"/>	Oft <input type="checkbox"/>	Fast immer <input type="checkbox"/>	→	Ich tue es nie <input type="checkbox"/>	Es hilft nicht <input type="checkbox"/>	Es hilft etwas <input type="checkbox"/>	Es hilft sehr <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	---	--	--	--	---

Wer besonders?

Source: J. Walter, 2001

H. Einstellung gegenüber dem Gegner

Bitte denke jetzt daran, wie jemand Dir oder Deiner Familie im Krieg oder auf der Flucht etwas Böses getan hat.

Schreibe bitte hier auf, wer das war:

Es geht nun darum, was Du über diese Person/en denkst und was Du fühlst. Kreuze bitte für jede Aussage das Kästchen unter „stimmt“ oder „stimmt nicht“ an. Es gibt keine richtigen und keine falschen Antworten. Manchmal kann es sein, dass eine Aussage nicht so gut passt. Mache bitte trotzdem bei jeder Aussage ein Kreuz.

	stimmt nicht 0	stimmt 1
1. Ich möchte, dass dem Gegner das gleiche passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich würde niemals mehr mit dem Gegner reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Auch der Gegner soll fair behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich glaube, wir könnten irgendwann wieder normal miteinander reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst, wenn ich an den Gegner denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte verstehen, wie der Gegner denkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin sehr aufgeregt, wenn ich an den Gegner denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich würde gerne wissen, wie es zum Krieg kam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin zur Versöhnung mit dem Gegner bereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich werde eines Tages mit dem Gegner abrechnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Der Gegner verdient kein Mitleid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich möchte nicht über das reden, was passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe das Recht, mich zu rächen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich fände es schwierig, freundlich zu dem Gegner zu sein, wenn wir uns wiedersähen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich möchte, dass der Gegner vor Gericht kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich werde den Gegner nie verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich vertraue dem Gegner nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt nicht 0	stimmt 1
18. Ich will nicht immer an meine schlimmen Erlebnisse denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich würde versuchen, dem Gegner aus dem Weg zu gehen, wenn wir uns wiedersähen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich glaube, ich fühle mich besser, wenn ich mich gerächt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich habe keine Hoffnung auf eine bessere Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich bin bereit, dem Gegner zu verzeihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich glaube, die Probleme zwischen uns können wir lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich will, dass der Gegner tot ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich möchte wissen, was der Gegner fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich versuche, mich auf die Zukunft zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich finde es wichtig, dass die Gewalt in meiner Heimat aufhört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich freue mich auf die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich werde es dem Gegner eines Tages heimzahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich möchte verstehen, warum der Gegner das getan hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Es ist meine Pflicht, mich zu rächen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich möchte, dass der Gegner schlimm bestraft wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich will, dass es dem Gegner schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich hoffe auf einen dauerhaften Frieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich würde mich von dem Gegner zurückziehen, wenn ich ihn wiedersehen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich will genau wissen, was alles passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich bin wütend auf den Gegner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich hasse den Gegner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich kann mit dem Gegner mitfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Jeder Mensch ist gleich viel wert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich glaube, der Gegner würde mich nicht mehr absichtlich verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt nicht 0	stimmt 1
42. Auch unsere Seite hat Fehler gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ich will mit dem Gegner nichts zu tun haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich bin bereit, ein neues Leben anzufangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Man sollte dem Feind vergeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Das Unrecht, das ich erfahren habe, kann ich niemals entschuldigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Es ist wichtig, Konflikte zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: H. Adam, M. Aßhauer, J. Österreicher, J. Walter & P. Riedesser, 2001

Bitte beantworte jetzt noch eine Frage in Deinen Worten:

Was glaubst Du, welche gerechte Strafe sollte der Gegner bekommen, wenn alles erlaubt wäre?

Vielen Dank für das Beantworten der Fragen !



Auf den beiden nächsten Blättern kannst Du nun etwas malen !

Male auf diesem Blatt bitte ein Bild mit einem Haus, einem Baum und einem Menschen:

**Auf diesem Blatt kannst Du malen, was Du gerade
möchtest!**

I. Wie ich den Fragebogen empfunden habe

Wir möchten diesen Fragebogen, den Du heute ausgefüllt hast, gerne wieder verwenden. Deshalb wollen wir von Dir gerne wissen, wie du diesen Fragebogen empfunden hast. Bitte antworte so ehrlich wie möglich. Kreuze das zutreffende Kästchen an.

Treffen diese Aussagen auf Dich zu?	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt mittel- mäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
	0	1	2	3	4
1. Ich musste Fragen beantworten, die ich nicht beantworten wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte bei der Beantwortung der Fragen unangenehme Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es war gut, einmal mitteilen zu können, was ich erlebt und gefühlt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich mache mir Sorgen darüber, was mit meinen Antworten passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Solche Fragebögen sind ein guter Weg, Kinder und Jugendliche zu schlimmen Erlebnissen zu befragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Beantwortung der Fragen war zu anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin vor der Befragung nicht ausreichend darüber informiert worden, was auf mich zukommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich glaube, dass durch die Befragung Kinder / Jugendliche wie ich besser verstanden werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es war gut, mich durch diesen Fragebogen mit meinen Erlebnissen und Gefühlen zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich wurde durch die Fragen an Dinge erinnert, an die ich mich nicht erinnern möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich gewusst hätte, was auf mich zukommt, hätte ich nicht an der Befragung teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich vertraute den Betreuern der Befragung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühle mich jetzt ängstlicher als vor der Beantwortung der Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Atmosphäre der Befragung war angenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich hatte das Gefühl, für Forschungszwecke ausgenutzt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin jetzt trauriger als vor der Beantwortung der Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fam: | | | | |

Num: | 1 | | | | |

Posi: ₁ Ge ₂ Ge ₃ Ge ₄ Ge ₈ Pat

7.6 Elternfragebogen

Liebe Eltern, Erziehungsberechtigte und Ersatzeltern,

um Ihren Kindern helfen zu können, müssen wir wissen, wie es den Kindern geht. Dieser Fragebogen soll uns dabei helfen. Er kann von einem oder beiden Elternteilen gemeinsam ausgefüllt werden.

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz. Vor der Auswertung der Fragebögen wird dieses Deckblatt entfernt, so dass niemand Ihren Namen erfährt. Bitte verschließen Sie den ausgefüllten Bogen in dem beiliegenden Umschlag und geben diesen Ihrem Kind wieder in die Schule mit. Dort werden die verschlossenen Umschläge von unseren Mitarbeitern eingesammelt.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme jederzeit widerrufen. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden dann vernichtet. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, oder nicht wollen, dass Ihr Kind einen Fragebogen ausfüllt, dann kreuzen Sie bitte „nein“ im nächsten Abschnitt an, unterschreiben und geben den Fragebogen unausgefüllt Ihrem Kind wieder in die Schule mit. Ihnen entstehen dadurch keinerlei Nachteile. Wenn Sie teilnehmen möchten und einwilligen, dass Angaben über Ihre Religion, Ihre ethnische Zugehörigkeit und über gesundheitliche Belange erhoben werden, dann kreuzen Sie bitte „ja“ im nächsten Abschnitt an.

Ja, wir möchten an der Studie teilnehmen.

Ja, mein Kind darf an der Studie teilnehmen.

Nein, wir möchten nicht an der Studie teilnehmen.

Nein, mein Kind darf nicht an der Studie teilnehmen.

Hamburg, den _____
(Datum)

(Unterschrift)

Bitte tragen Sie Ihre vollständigen Namen ein:

Vor- und Nachname des Vaters: _____

Vor- und Nachname der Mutter: _____

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte folgendes:

- Füllen Sie bitte **für jedes Kind**, das an der Studie teilnimmt, einen eigenen Elternfragebogen aus.
- **Die Seiten 9–18 sind jedoch nur 1 x pro Familie auszufüllen!**
- Füllen Sie den Fragebogen **zügig** und ohne langes Überlegen aus.
- Sie können bei vielen Fragen **mehr als eine** Antwort ankreuzen.
- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst **vollständig** aus. Wenn Sie bestimmte Fragen aus persönlichen Gründen nicht beantworten wollen, überspringen Sie diese einfach.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Scales for Parents afflicted by War and Persecution (SPWP)
© 2001–2003 Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien
ALL RIGHTS RESERVED
Do not duplicate or distribute without permission

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
Prof. Dr. med. P. Riedesser
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

SPWP German Mitbringen 04-09-02.doc

Eingegeben am: | | | | | | | |

Fam: | | | | | |

Num: | 1 | | | | | |

Posi: 1 Ge 2 Ge 3 Ge 4 Ge 8 Pat**A. Allgemeines**

1. Dieser Fragebogen wird ausgefüllt von (zutreffende Kästchen bitte ankreuzen):
_a Mutter / _b Vater / _h andere (bitte eintragen): _____
2. Ausfülldatum (bitte eintragen): ____ / ____ / 2002 (Tag / Monat)
3. Alter des Kindes: _____ Jahre
4. Geschlecht des Kindes: 1 männlich / 2 weiblich
5. Geburtsort des Kindes: Deutschland / anderes Land (bitte eintragen): _____
6. Glaube des Kindes: _____
7. Ethnische Zugehörigkeit des Kindes: _____
8. Leben beide leiblichen Elternteile?
_a Beide leben
_b Mutter gestorben Todesursache: _____
_c Vater gestorben Todesursache: _____
9. Die Eltern:
1 leben zusammen / 2 leben getrennt / 3 sind geschieden / 4 sind durch Tod getrennt
5 haben nie zusammengelebt
10. Zahl der leiblichen Geschwister des Kindes: _____
davon leben mit dem Kind zusammen: _____
11. Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe:
1 Einzelkind / 2 jüngstes Kind / 3 mittleres Kind / 4 ältestes Kind / 8 anderes

B. Derzeitige Wohnsituation des Kindes

1. Bei wem wohnt das Kind?
_a Mutter / _b Stiefmutter / _c andere: _____
_d Vater / _e Stiefvater / _f anderer: _____
_g andere Wohnsituation: _____
2. Wie wohnen Sie?
1 in einer Erstversorgungseinrichtung 4 in einem eigenen Haus
2 in einem Flüchtlingsheim 5 in einer Eigentumswohnung
3 in einer Mietwohnung
8 anders: _____
3. Wie groß ist die Wohnfläche der ganzen Familie?
ca. _____ qm / Zimmerzahl (ohne Bad, Flur, Küche): ca. _____ Zimmer
4. Wieviele Personen leben in der Wohnung? _____ Personen

C. Ehemalige Wohnsituation und Flucht

1. Größe des Heimatwohnortes:

- ₁ < 5 000 Einwohner
₂ 5 000 – 20 000 Einwohner
₃ 20 000 – 100 000 Einwohner
₄ 100 000 – 500 000 Einwohner

2. Wann haben Sie bzw. das Kind Ihren **Wohnort** (Stadt/ Dorf) **zum ersten Mal** wegen Krieg oder Verfolgung verlassen?

- Mutter:** ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)
 Vater: ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)
 Kind: ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)

Mit wem war das Kind dabei unterwegs?

- _a Mutter / _b Vater / _c Großmutter / _d Großvater / _e Geschwister / _f Onkel /
_g Tante
_h andere: _____

3. Wann haben Sie bzw. das Kind Ihr **Land** **zum ersten Mal** wegen Krieg oder Verfolgung verlassen?

- Mutter:** ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)
 Vater: ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)
 Kind: ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)

Mit wem war das Kind dabei unterwegs?

- _a Mutter / _b Vater / _c Großmutter / _d Großvater / _e Geschwister / _f Onkel /
_g Tante
_h andere: _____

4. Ist nach der Flucht aus dem Heimatland ein Familienmitglied noch einmal dort gewesen?

₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, wer? _____

5. Seit wann sind Sie in Deutschland?

- Mutter:** ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)
 Vater: ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)
 Kind: ____ / ____ / ____ (Tag / Monat / Jahr)

6. Möchten Sie in Ihr Heimatland zurückkehren?

₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, wann: ____ / ____ (Monat / Jahr)

D. Entwicklung des Kindes (soweit bekannt)

1. Alter der Mutter bei Geburt des Kindes: _____ Jahre

2. Gab es schwerwiegende Komplikationen mit dem Kind ...

... im Schwangerschaftsverlauf: ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, welche: _____

... im Geburtsverlauf: ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, welche: _____

... im ersten Jahr nach der Geburt: ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, welche: _____

3. Hatte das Kind ungewöhnlich schwere Krankheiten mit Komplikationen? ₀ nein / ₁ ja
 Wenn ja, welche: _____
4. Hatte das Kind ungewöhnlich schwere Unfälle mit bleibenden Schäden? ₀ nein / ₁ ja
 Wenn ja, welcher Art: _____
5. Gab es Krankenhausaufenthalte von mehr als 2 Wochen? ₀ nein / ₁ ja
6. Hatte das Kind in den ersten Lebensjahren wechselnde Bezugspersonen? ₀ nein / ₁ ja
7. Sind Sie zufrieden mit der Entwicklung des Kindes? ₀ nein / ₁ ja

E. Kindergarten – Vorschule – Schule

1. War Ihr Kind in einem Kindergarten oder einer ähnlichen Einrichtung?
₀ nein / ₁ ja
 Wenn ja, hatte Ihr Kind Probleme beim Besuch dieser Einrichtung?
₀ nein / ₁ ja
 Wenn ja, welche?
_a Aggressionen / _b Kontaktprobleme / _c schlechtes Betragen
_d Spielprobleme / _e Trennungsangst / _f ungewöhnliche Unruhe
_g andere: _____
2. Hatte Ihr Kind vor Beginn des Schulbesuchs eines der folgenden Probleme?
_a Aggressionen / _b Kontaktprobleme / _c schlechtes Betragen
_d Spielprobleme / _e Trennungsangst / _f ungewöhnliche Unruhe
_g andere: _____
3. Wann fand die Einschulung statt?
₁ zeitgerecht / ₂ vorzeitig / ₃ zurückgestellt
4. Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?: _____
5. Das Kind besucht zur Zeit die _____. Klasse
6. Zum Schulbesuch:
_a keinmal wiederholt / _b 1x wiederholt / _c öfter wiederholt / _d Schulwechsel / _e Abbruch
7. Schulleistungen (bitte ankreuzen):
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stark | etwas | durch- | etwas | stark |
| unterdurchsch | unterdurchsch | schnittlich | überdurchschn | überdurchschn |
| nittlich | nittlich | 3 | ittlich | ittlich |
| 1 | 2 | | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. Hat bzw. hatte Ihr Kind in der Schule eines der folgenden Probleme:
_a Aggressionen / _b Kontaktprobleme / _c Konzentrationsprobleme / _d Leistungsprobleme
_e schlechtes Betragen / _f Schulangst / _g Schuleschwänzen / _h ungewöhnliche Unruhe
_i Ausgrenzung / _k Diskriminierung / _l Streit mit Lehrern / _m Streit mit Mitschülern
_n anderes: _____

F. Gesundheit des Kindes und der Familie

1. Gab es in den letzten 6 Monaten seelisch schwer belastende Lebensereignisse für Ihr Kind?
₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, was war seelisch schwer belastend? (ggf. bitte eintragen)

- _a beängstigende o. demütigende Erlebnisse: _____
_b Ein- o. Auswanderung
_c finanzielle o. materielle Not
_d längere Trennung von Mutter o. Vater wegen: _____
_e schwerer Streit mit: _____
_f sexueller Missbrauch / Mißhandlung
_g Umzüge
_h veränderte Familienbeziehungen (z.B. Adoption, Scheidung): _____
_j Verlust einer engen Freundschaft o. Liebesbeziehung
_k anderes: _____

2. Gab es solche schweren seelischen Belastungen für Ihr Kind früher? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, welche (s.o.)? _____

3. Wird Ihr Kind zur Zeit wegen seelischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten behandelt?

₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, wo ist Ihr Kind in Behandlung? _____

4. War das Kind früher schon einmal wegen seelischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten in Behandlung? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, wie alt war Ihr Kind bei Beginn der Behandlung? ____ Jahre

5. Gab oder gibt es seelische Erkrankungen in der Familie? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, bei wem?

- _a bei dem Kind selbst / _b Mutter / _c Vater / _d Geschwister / _e Großeltern /
_f Onkel o. Tante / _g andere: _____

Welcher Art? _____

6. Gab oder gibt es schwere körperliche Erkrankungen in der Familie? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, bei wem?

- _a bei dem Kind selbst / _b Mutter / _c Vater / _d Geschwister / _e Großeltern /
_f Onkel oder Tante / _g andere: _____

Welcher Art? _____

7. Gab oder gibt es körperliche/geistige Behinderungen in der Familie? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, bei wem?

- _a bei dem Kind selbst / _b Mutter / _c Vater / _d Geschwister / _e Großeltern /
_f Onkel o. Tante / _g andere: _____

Welcher Art? _____

G. Verhalten des Kindes (CBCL / 4–18)

<p>1. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen o. Gruppen an?</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">weiss nicht</th> <th style="width: 15%;">weniger</th> <th style="width: 15%;">gleich viel</th> <th style="width: 15%;">mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		weiss nicht	weniger	gleich viel	mehr	a. _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2					
	weiss nicht	weniger	gleich viel	mehr																						
a. _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
b. _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
c. _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
<p>2. Verglichen mit Gleichaltrigen:</p> <p>a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?</p> <p>b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?</p> <p>c. Wie verhält es sich gegenüber den Eltern?</p> <p>d. Wie spielt o. arbeitet Ihr Kind alleine?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">schlechter</th> <th style="width: 15%;">etwa gleich</th> <th style="width: 15%;">besser</th> <th style="width: 15%;">Einzelkind</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		schlechter	etwa gleich	besser	Einzelkind	a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	b.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		c.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		d.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	schlechter	etwa gleich	besser	Einzelkind																						
a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8																						
b.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
c.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
d.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																							
<p>3. Wieviele gute Freunde hat Ihr Kind (außer Geschwistern)?</p> <p>keine einen 2-3 4 o. mehr</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>4. Wie oft unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden (außerhalb der Schule)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 weniger als 1mal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ein- bis zweimal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dreimal o. häufiger pro Woche</p>	<p>5. Bekommt Ihr Kind Taschengeld?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 nein <input type="checkbox"/> 1 ja</p> <p>Wenn ja, wieviel im Monat?</p> <p>_____ / <input type="checkbox"/> unregelmäßig</p>																								

Jetzt folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie **jetzt oder in den letzten 6 Monaten** bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft **NICHT ZUTRIFFT**, kreuzen sie die 0 an. Wenn die Eigenschaft **ETWAS ODER MANCHMAL** zutrifft, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind **GENAU SO ODER HÄUFIG** zutrifft, die Ziffer 2. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas o. manchmal zutreffend 2 = genau o. häufig zutreffend

- | 0 1 2 | 0 1 2 |
|--|---|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder
andere Allergien;..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
bitte beschreiben:

_____ | 34. Glaubte, andere wollen ihm/ihr..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
etwas antun |
| 3. Streitet oder widerspricht viel..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat Asthma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
zu Unfällen |
| 5. Bei Jungen: Verhält sich wie ein Mädchen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bei Mädchen: Verhält sich wie ein Junge | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Entleert den Darm ausserhalb der Toilette,
kotete ein..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 38. Wird viel gehänselt..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Gibt an, schneidet auf..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 39. Hat Umgang mit anderen, die in..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten geraten |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht
lange aufpassen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nicht da sind |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken
nicht los..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
überlegen |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
oder überaktiv | 42. Ist lieber allein als mit anderen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
zusammen |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder
ist zu abhängig..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Klagt über Einsamkeit..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 44. Kaut Fingernägel..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 45. Ist nervös oder angespannt..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Weint viel..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 46. Hat nervöse Bewegungen oder..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zuckungen (Betrifft nicht die unter 10.
erwähnte Zappeligkeit) |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 47. Hat Alpträume..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
schüchtert sie ein | 48. Ist bei anderen Kindern und..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jugendlichen nicht beliebt |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedanken-
verloren..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 49. Leidet an Verstopfung..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Selbstmord | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. Verlangt viel Beachtung..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 51. Fühlt sich schwindelig..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
kaputt | 52. Hat zu starke Schuldgefühle..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern,..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Geschwistern oder anderen gehören | 53. Isst zuviel..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Gehorcht nicht zu Hause..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 54. Ist immer müde..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 55. Hat Übergewicht..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Isst schlecht..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 56. Hat folgende Beschwerden ohne
bekannte körperliche Ursachen: |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jugendlichen nicht aus | a) Schmerzen (außer Kopf- oder..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen) |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
wenn er/sie sich schlecht benommen hat | b) Kopfschmerzen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. Ist leicht eifersüchtig..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | c) Übelkeit..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Essen oder Trinken geeignet sind | d) Augenbeschwerden (ausgenommen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
solche, die durch Brille korrigiert sind;
bitte beschreiben:

_____ |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren,..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Situationen oder Plätzen (Schule
ausgenommen) | e) Hautausschlag oder andere..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hautprobleme |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
denken oder zu tun | g) Erbrechen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 32. Glaubte, perfekt sein zu müssen..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | h) Andere Beschwerden;..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
bitte beschreiben:

_____ |
| | 57. Greift andere körperlich an..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- | | 0 1 2 | | 0 1 2 |
|--|-------|--|-------|
| 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen | □□□ | 94. Hänzelt andere gern | □□□ |
| 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen | □□□ | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament | □□□ |
| 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen | □□□ | 96. Denkt zu viel an Sex | □□□ |
| 61. Ist schlecht in der Schule | □□□ | 97. Bedroht andere | □□□ |
| 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt | □□□ | 98. Lutscht am Daumen | □□□ |
| 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen | □□□ | 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht | □□□ |
| 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen | □□□ | 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen | □□□ |
| 65. Weigert sich zu sprechen | □□□ | 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) | □□□ |
| 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang | □□□ | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge | □□□ |
| 67. Läuft von zu Hause weg | □□□ | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen | □□□ |
| 68. Schreit viel | □□□ | 104. Ist ungewöhnlich laut | □□□ |
| 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich | □□□ | 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente | □□□ |
| 70. Sieht Dinge, die nicht da sind | □□□ | 106. Richtet mutwillig Zerstörung an | □□□ |
| 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen | □□□ | 107. Nässt tagsüber ein | □□□ |
| 72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt | □□□ | 108. Nässt im Schlafen ein | □□□ |
| 73. Hat sexuelle Probleme | □□□ | 109. Quengelt oder jammert | □□□ |
| 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown | □□□ | 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein | □□□ |
| 75. Ist schüchtern oder zaghaft | □□□ | 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf, mit anderen auf | □□□ |
| 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen | □□□ | 112. Macht sich zu viele Sorgen | □□□ |
| 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen | □□□ | 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden: | |
| 78. Schmiert oder spielt mit Kot | □□□ | _____ | |
| 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen | □□□ | _____ | □□□ |
| 80. Starrt ins Leere | □□□ | _____ | |
| 81. Stiehlt zu Hause | □□□ | _____ | |
| 82. Stiehlt anderswo | □□□ | _____ | |
| 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht | □□□ | _____ | □□□ |
| 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig | □□□ | _____ | |
| 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen | □□□ | _____ | |
| 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar | □□□ | _____ | |
| 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel | □□□ | _____ | □□□ |
| 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt | □□□ | _____ | |
| 89. Ist misstrauisch | □□□ | _____ | |
| 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter | □□□ | _____ | □□□ |
| 91. Spricht davon, sich umzubringen | □□□ | _____ | |
| 92. Redet oder wandelt im Schlaf | □□□ | _____ | |
| 93. Redet zu viel | □□□ | _____ | |

Source: T.M. Achenbach, 1991

Ab hier nur 1 x pro Familie auszufüllen !**H. Eltern oder Ersatzeltern**

Wenn Sie das Kind ohne Ehepartner großziehen, beantworten Sie bitte nur die für Sie zutreffenden Fragen.

1. Alter der Mutter (o. Ersatzmutter): _____ Jahre Alter des Vaters (o. Ersatzvater): _____ Jahre

2. Staatsangehörigkeit der Mutter: Deutschland / anderes Land: _____
des Vaters: Deutschland / anderes Land: _____

3. Schulabschluss:

Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> 1.....kein Schulabschluss.....	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2.....Spezialschule.....	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3.....Volksschule.....	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4.....(Fach-)Abitur.....	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5.....(Fach-)Hochschule/Universität.....	<input type="checkbox"/> 5

4. Beruf der Mutter:

<u>vor</u> Krieg oder Verfolgung	<u>nach</u> Krieg oder Verfolgung
<input type="checkbox"/> 1.....un- o. angelernte/r Arbeiter/in.....	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2.....Facharbeiter/in, Handwerker/in, Angestellte/r, Beamte/in.....	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3.....höher qualifizierte/r o. leitende/r Angestellte/r o. Beamte/r.....	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4.....kleine/r o. mittlere/r Selbständige/r.....	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5.....selbstständige Akademiker/in, größerer Unternehmer/in.....	<input type="checkbox"/> 5

5. Beruf des Vaters:

<u>vor</u> Krieg oder Verfolgung	<u>nach</u> Krieg oder Verfolgung
<input type="checkbox"/> 1.....un- o. angelernte/r Arbeiter/in.....	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2.....Facharbeiter/in, Handwerker/in, Angestellte/r, Beamte/in.....	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3.....höher qualifizierte/r o. leitende/r Angestellte/r o. Beamte/r.....	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4.....kleine/r o. mittlere/r Selbständige/r.....	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5.....selbstständige Akademiker/in, größerer Unternehmer/in.....	<input type="checkbox"/> 5

6. Derzeitige Tätigkeit:

Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> 1.....vollbeschäftigt.....	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2.....teilzeitbeschäftigt.....	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3.....zeitweise beschäftigt.....	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4.....arbeitslos.....	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5.....in Ausbildung bzw. Umschulung.....	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6.....Rentner/in.....	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7.....im Haushalt tätig.....	<input type="checkbox"/> 7

7. Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen:

der Mutter: _____ des Vaters: _____

8. Gibt oder gab es manchmal Streitigkeiten in Ihrer Familie? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, welche?

- _a Streit zwischen den Eltern mindestens 1x pro Woche und Versöhnung nach einigen Tagen
- _b Streit zwischen den Eltern mindestens 2x pro Woche
- _c Sachbeschädigungen oder tätliche Auseinandersetzungen mindestens 2x im letzten halben Jahr
- _d vorübergehende Trennung vom Partner oder Trennung steht kurz bevor
- _e anderes: _____

9. Waren Sie als Eltern (oder Erziehungsberechtigte) schon einmal in ein Strafverfahren verwickelt? ₀ nein / ₁ ja

Wenn ja, welcher Art?

- Anzeigen gegen Vater oder Mutter
- Anklage vor Gericht
- Verurteilung durch ein Gericht

I. SES Fragebogen

Dieser Fragebogen richtet sich an die Eltern. Er soll helfen, die Veränderung Ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lebenssituation zwischen Ihrer Heimat und Deutschland zu erfassen.

I. Situation in Deutschland

1. **Stellen Sie sich vor, dass diese Leiter die Stellung von Menschen im persönlichen Umfeld Ihrer Familie repräsentiert.**



An der Spitze der Leiter stehen die Leute, die die höchste Stellung im persönlichen Umfeld Ihrer Familie haben. Am Fuß der Leiter stehen diejenigen, die die niedrigste Stellung im persönlichen Umfeld Ihrer Familie haben.

Wo würden Sie Ihre Familie auf dieser Leiter einordnen?

Bitte machen Sie ein großes Kreuz **auf der Sprosse**, auf der Ihre Familie Ihrer Ansicht nach steht. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre momentane Situation.

Beispiel:



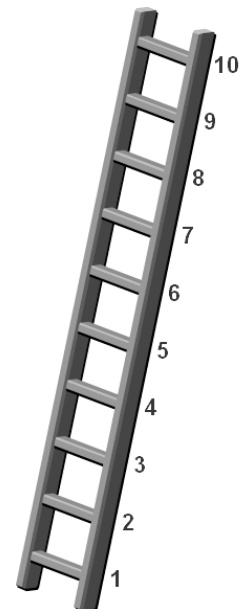
2. **Stellen Sie sich vor, dass diese Leiter die Stellung von allen Menschen in Deutschland repräsentiert.**



An der Spitze der Leiter stehen die Menschen, denen es am besten geht – die das meiste Geld, die meiste Bildung und den am höchsten angesehenen Beruf haben. Am unteren Ende der Leiter stehen die Menschen, denen es am schlechtesten geht – die am wenigsten Geld, am wenigsten Bildung und die am wenigsten angesehenen Berufe oder gar keine Arbeit haben. Je höher Ihre Familie auf dieser Leiter steht, desto näher sind Sie den Menschen an der Spitze; Je niedriger Sie auf der Leiter stehen, desto näher sind Sie den Menschen ganz unten.

Wo würden Sie Ihre Familie auf dieser Leiter einordnen?

Bitte machen Sie ein Kreuz **auf der Sprosse**, auf der Ihre Familie Ihrer Ansicht nach steht.



3. **Wie zufrieden sind Sie mit der Stellung Ihrer Familie in Deutschland heute?**

nicht wenig mittel ziemlich sehr
₀ ₁ ₂ ₃ ₄

II. Situation im Heimatland

4. Denken Sie nun an das persönliche Umfeld Ihrer Familie in Ihrem Heimatland, zu dem Zeitpunkt als Sie dort gelebt haben.

Stellen Sie sich vor, dass diese Leiter die Stellung von Menschen des damaligen persönlichen Umfeldes Ihrer Familie repräsentiert.

An der Spitze der Leiter stehen die Menschen, die im persönlichen Umfeld Ihrer Familie die höchste Stellung hatten. Am Fuß der Leiter stehen die Menschen, die die niedrigste Stellung im persönlichen Umfeld Ihrer Familie hatten.

Wo würden Sie Ihre Familie auf dieser Leiter einordnen?

Bitte beziehen Sie sich auf den Zeitpunkt vor Ihrer Flucht. Machen Sie ein Kreuz **auf der Sprosse**, auf der Ihre Familie Ihrer Ansicht nach gestanden hat.

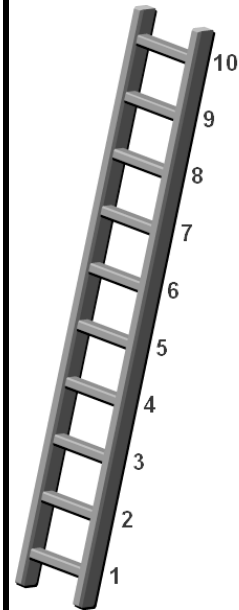


5. Denken Sie an Ihr Heimatland zur Zeit vor Ihrer Flucht. Stellen Sie sich vor, dass die Leiter die Stellung von allen Menschen in Ihrem Heimatland repräsentiert.

An der Spitze der Leiter stehen die Menschen, denen es am besten ging – die das meiste Geld, die meiste Bildung und den am höchsten angesehenen Beruf hatten. Am unteren Ende der Leiter stehen die Menschen, denen es am schlechtesten ging – die am wenigsten Geld, am wenigsten Bildung und die am wenigsten angesehenen Berufe oder gar keine Arbeit hatten. Je höher Ihre Familie auf dieser Leiter stand, desto näher war Sie den Menschen an der Spitze; Je niedriger Ihre Familie auf der Leiter stand, desto näher war Sie den Menschen ganz unten.

Wo würden Sie Ihre Familie auf dieser Leiter einordnen?

Bitte machen Sie ein Kreuz **auf der Sprosse**, auf der Ihre Familie Ihrer Ansicht nach gestanden hat.



6. Wie zufrieden waren Sie mit der Stellung Ihrer Familie im Heimatland?

nicht wenig mittel ziemlich sehr
₀ ₁ ₂ ₃ ₄

7. Wie groß war die Wohnfläche der ganzen Familie? Beziehen Sie sich bitte auf die Wohnung in der Sie die längste Zeit gelebt haben.

ca. _____ m² / Zimmerzahl (ohne Bad, Flur, Küche): ca. _____ Zimmer

8. Mit wievielen Personen haben Sie ständig in diesen Räumen gelebt?

_____ Personen

9. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Wohnsituation?				
nicht <input type="checkbox"/> ₀	wenig <input type="checkbox"/> ₁	mittel <input type="checkbox"/> ₂	ziemlich <input type="checkbox"/> ₃	sehr <input type="checkbox"/> ₄
10. Wie groß ist die Wohnfläche der ganzen Familie zur Zeit?				
ca. _____ m ² / Zimmerzahl (ohne Bad, Flur, Küche): ca. _____ Zimmer				
11. Mit wievielen Personen leben Sie ständig in diesen Räumen?				
_____ Personen				
12. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation?				
nicht <input type="checkbox"/> ₀	wenig <input type="checkbox"/> ₁	mittel <input type="checkbox"/> ₂	ziemlich <input type="checkbox"/> ₃	sehr <input type="checkbox"/> ₄

III. Dieser Teil des Fragebogens richtet sich an die Mutter

13. Haben Sie in Ihrem Heimatland einen Beruf erlernt?				
<input type="checkbox"/> ₀ Nein		<input type="checkbox"/> ₁ Ja		
Wenn ja, beschreiben Sie ihn bitte so genau wie möglich (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):				

14. Haben Sie in Ihrem Heimatland jemals in einer Beschäftigung gearbeitet?				
<input type="checkbox"/> ₀ Nein		<input type="checkbox"/> ₁ Ja		
Wenn ja, in welcher Beschäftigung haben Sie in Ihrem Heimatland am längsten gearbeitet? Beschreiben Sie diese bitte so genau wie möglich (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):				

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Beschäftigung in Ihrem Heimatland?				
nicht <input type="checkbox"/> ₀	wenig <input type="checkbox"/> ₁	mittel <input type="checkbox"/> ₂	ziemlich <input type="checkbox"/> ₃	sehr <input type="checkbox"/> ₄
15. Haben Sie in Deutschland einen Beruf erlernt?				
<input type="checkbox"/> ₀ Nein		<input type="checkbox"/> ₁ Ja		
Wenn ja, beschreiben Sie ihn bitte genau (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):				

16. Haben Sie in Deutschland jemals in einer Beschäftigung gearbeitet?

₀ Nein ₁ Ja

Wenn ja, in welcher Beschäftigung haben Sie in Deutschland **am längsten** gearbeitet?
Beschreiben Sie diese bitte genau (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):

Wie zufrieden sind / waren Sie mit Ihrer Beschäftigung in Deutschland?

nicht wenig mittel ziemlich sehr
₀ ₁ ₂ ₃ ₄

IV. Dieser Teil des Fragebogens richtet sich an den Vater**17. Haben Sie in Ihrem Heimatland einen Beruf erlernt?**

₀ Nein ₁ Ja

Wenn ja, beschreiben Sie ihn bitte so genau wie möglich (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):

18. Haben Sie in Ihrem Heimatland jemals in einer Beschäftigung gearbeitet?

₀ Nein ₁ Ja

Wenn ja, in welcher Beschäftigung haben Sie in Ihrem Heimatland **am längsten** gearbeitet?
Beschreiben Sie diese bitte so genau wie möglich (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Beschäftigung in Ihrem Heimatland?

nicht wenig mittel ziemlich sehr
₀ ₁ ₂ ₃ ₄

19. Haben Sie in Deutschland einen Beruf erlernt?

₀ Nein ₁ Ja

Wenn ja, beschreiben Sie ihn bitte genau (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):

20. Haben Sie in Deutschland jemals in einer Beschäftigung gearbeitet?

₀ Nein ₁ Ja

Wenn ja, in welcher Beschäftigung haben Sie in Deutschland **am längsten** gearbeitet?
Beschreiben Sie diese bitte genau (Tätigkeit, Wirtschaftszweig):

Wie zufrieden sind / waren Sie mit Ihrer Beschäftigung in Deutschland?

nicht wenig mittel ziemlich sehr
₀ ₁ ₂ ₃ ₄

Source: M. Aßhauer, H. Adam, L. Mihm & J. Walter, 2002

J. SKALA ZUM KULTURELLEN VERHALTEN

Dieser Fragebogen soll einige Verhaltensweisen Ihrer Familie erfassen. Lesen Sie bitte jede Frage durch, und kreuzen Sie das Kästchen mit der Antwort an, das am ehesten Ihrem Verhalten im Alltag entspricht.

	nur (bosnisch) 1	überwiegend (bosnisch) 2	(bosnisch) und deutsch gleichermaßen 3	überwiegend deutsch 4	nur deutsch 5
1. Welche Sprache sprechen Sie zu Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Welche Sprache sprechen Sie bei der Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Welche Sprache sprechen Sie mit Ihren Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welche Nationalität haben die Freunde Ihrer Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Welche Nationalität haben Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Welche Sprache sprechen Sie mit der Mehrzahl Ihrer Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn Sie fernsehen, in welcher Sprache sind die Sendungen, die Sie schauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn Sie Radio hören, in welcher Sprache sind die Sender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn Sie Zeitungen lesen, in welcher Sprache sind diese geschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	typisch (bosnisch) 1	eher (bosnisch) 2	(bosnisch) und deutsch gleichermaßen 3	eher deutsch 4	typisch deutsch 5
10. Die Speisen, die wir essen, sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Musik, die wir hören, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Art, wie wir Feiertage und Feste begehen, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Unsere Freizeitgestaltung insgesamt ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Körpersprache (Gestik und Mimik), die wir beim Reden benutzen, ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Unsere Art der Kindererziehung ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manchmal ist das Leben nicht so, wie wir es uns wünschen. Wenn Sie die Wahl hätten, wie würden Sie folgende Bereiche Ihres Lebens gestalten?

Wenn wir die Wahl hätten, würde wir uns wünschen, ...	typisch (bosnisch)	eher (bosnisch)	(bosnisch) und deutsch gleichmaßen	eher deutsch	typisch deutsch
	1	2	3	4	5
16. dass unsere Sprache ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. dass unsere Freunde ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. dass die Freunde unserer Kinder ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. dass die Fernsehsendungen, die wir schauen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. dass die Radiosender, die wir hören...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. dass die Zeitungen die wir lesen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. dass unsere Speisen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. dass die Musik, die wir hören ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. dass die Art, wie wir Feiertage und Feste begehen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. dass die Art, wie wir unsere Freizeit insgesamt gestalten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. dass unsere Körpersprache (Mimik und Gestik):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. dass unsere Art der Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	weder noch (unent- schieden)	stimmt eher	stimmt völlig
	1	2	3	4	5
28. Wir wünschen uns sehr, in unsere Heimat zurückzukehren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: M. Aßhauer, H. Adam & N. Jamakosmanovic, 2002

K. Familienkrisen-Fragebogen

Dieser Fragebogen soll erfassen, wie Familien auf Probleme oder Schwierigkeiten reagieren.

Bitte lesen Sie der Reihe nach jede Aussage aus der Liste der Reaktionsmöglichkeiten. Entscheiden Sie bitte dann für jede Aussage, wie gut diese auf Ihre Einstellung bzw. Ihr Verhalten in Reaktion auf Probleme oder Schwierigkeiten zutrifft.

Falls die Aussage sehr gut auf Ihre Reaktion zutrifft, dann kreuzen Sie das Kästchen unter der Zahl 5 an, was bedeutet, dass sie der Aussage **VÖLLIG ZUSTIMMEN**. Falls die Aussage überhaupt nicht auf Ihre Reaktion zutrifft, dann kreuzen Sie das Kästchen unter der 1 an, was bedeutet, dass Sie der Aussage **ÜBERHAUPT NICHT ZUSTIMMEN**. Falls die Aussage bis zu einem bestimmten Grad auf Ihre Reaktion zutrifft, dann wählen Sie bitte ein Kästchen unter den Zahlen 2, 3 oder 4, um anzugeben, wie stark oder wenig Sie mit der Aussage übereinstimmen.

Wenn wir Problemen oder Schwierigkeiten in unserer Familie haben, dann reagieren wir darauf, indem wir:	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	weder noch (unent- schie- den)	stimmt eher	stimmt völlig
	1	2	3	4	5
1. Verwandten unsere Schwierigkeiten mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ermutigung und Unterstützung bei Freunden suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wissen, dass wir die Kraft haben, auch größere Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informationen und Rat bei anderen Familien suchen, die ähnliche Probleme hatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verwandte (z.B. Großeltern) um Rat fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Unterstützung bei Ämtern oder Einrichtungen suchen, die dafür da sind, Familien in unserer Situation zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wissen, dass wir die Stärke besitzen, innerhalb unserer Familie unsere Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Von Nachbarn Geschenke oder Gefälligkeiten annehmen (z.B. Lebensmittel, Post annehmen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Informationen und Rat beim Hausarzt einholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nachbarn um Gefälligkeiten und Unterstützung bitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Uns direkt mit dem Problem auseinandersetzen und versuchen, konkrete Lösungen zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Stärke demonstrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Den Gottesdienst besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn wir Problemen oder Schwierigkeiten in unserer Familie haben, dann reagieren wir darauf, indem wir:	stimmt gar nicht 1	stimmt eher nicht 2	weder noch (unent- schiede- n) 3	stimmt eher 4	stimmt völlig 5
15. Akzeptieren, dass belastende Ereignisse zum Leben dazugehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Unsere Sorgen mit engen Freunden teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wissen, dass bei der Lösung von unseren Problemen auch Glück eine große Rolle spielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mit Freunden Sport treiben, um fit zu bleiben und Spannung abzubauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Akzeptieren, dass Schwierigkeiten unerwartet auftreten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Etwas mit Verwandten zusammen unternehmen (Treffen, Abendessen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Professionelle Beratung und Hilfe für Familienschwierigkeiten aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Fest daran glauben, dass wir unsere Problem lösen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. An kirchlichen oder religiösen Aktivitäten teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Das Familienproblem in einer positiveren Weise betrachten, so dass wir nicht zu entmutigt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Verwandte fragen, was sie zu den Problemen meinen, mit denen wir konfrontiert sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Feststellen, dass wir einfach grundsätzlich schlecht Probleme lösen können, auch wenn wir alles Mögliche versuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Den Rat eines Geistlichen (Priester) suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Glauben, dass das Problem verschwinden wird, wenn wir lange genug warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Unseren Nachbarn die Probleme mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Auf Gott vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: McCubbin, H.I., 1998

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.7 Literaturübersicht SES und psychische Gesundheit

Tabelle 24: Studien SES und psychische Gesundheit bei Kindern

Autor/Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
Lempers und Clark-Lempers 1990	629 Schüler, 9.–12. Klasse, USA	<u>Fam. ökonom. Stress</u> : 12-item Hardship Questionnaire, <u>Psych. Gesundheit</u> : BDI, 24-item Loneliness Questionnaire, Delinquency- and Drug Questionnaire, Network of Relationships Inventory (NRI)	Effekt familiären ökonomischen Stresses auf elterliche Unterstützung und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen.	Direkter Einfluss ökonomischen Stresses auf Depressivität von Jungen und Mädchen sowie Delinquenz und Drogenmissbrauch der Jungen; elterliche Unterstützung senkte das Risiko.
Webb und Friedemann 1991	Follow-Up-Studie, 39 Kinder, 12 Jahre, USA	<u>Ökonom. Stress</u> : Einkommenseinbußen, Einkommen, Länge Arbeitslosigkeit Vater <u>Psych. Gesundheit/Funktionalität</u> : Angst (STAIC), Peerbeziehungen (CRPR)	Einfluss erlebten ökonomischen Stresses auf Angst und wahrgenommene Ablehnung durch Peers bei Jugendlichen 6 Jahre nach einer ökonomischen Krise.	Ökonomischer Stress war ein moderater Prädiktor für Angst und Ablehnung durch Peers bei Mädchen nach 6 Jahren. Weniger Ablehnung durch Peers bei Jungen aus ökonomisch belasteten Familien im Vergleich zu besser situierten Jungen.
Conger et al. 1992	205 Jungen, 7. Klasse, USA	<u>Ökonom. Not</u> : pro Kopf Einkommen/Armutsgrenze, unstabile Arbeitssituation, Soll-Haben-Score, Einkommensverlust, fam. finanzieller ökonom. Druck (Kompositionsvariable) <u>Psych. Gesundheit</u> : SCL-90-R Depression Eltern (Selbst-/Fremdurteil), Schulleistung, Peerbeziehung, Selbstwert, Kontrolle, Macht, eheliche Konflikte, Erziehungsverhalten, Hostility Scale	Testung eines Familienprozessmodells welches die Beziehung ökonomischen Stresses auf Anpassungsleistungen von Jugendlichen untersucht.	Kein direkter Zusammenhang von ökonomischem Druck und abhängigen Variablen. Ökonomische Umstände und empfundener finanzieller Druck beeinflussten jugendliches Verhalten primär durch elterliche Depression und Demoralisation. Reaktionen der Mütter spielten eine besondere Rolle.
McLeod und Shanahan 1993	482 Afroamerikaner und Latinos, 1251 weiße Kinder, 4–8 Jahre, USA	<u>SES</u> : Einkommen/Armutsgrenze, Sozialleistungen/Essensmarken, Schulbildung (Mutter) <u>Psych. Gesundheit</u> : CBCL	Effekte von Armut auf die psychische Gesundheit von Kindern.	Aktuelle Armut korrelierte signifikant positiv mit externalisierenden Symptomen. Anhaltende Armut korrelierte mit internalisierenden Symptomen.
Harnish et al. 1995	376 Erstklässler und ihre Mütter, USA	<u>SES</u> : 4-Faktoren-Methode nach Hollingshead (Beschäftigung, Bildung Mutter/Partner) <u>Psych. Gesundheit</u> : TOCA-R (extern. Störungen.), TRF-CBC, CES-D, IRS	Mutter-Kind-Interaktionsqualität und SES als partielle Mediatoren mütterlicher Depression für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.	Schlechtere Mutter-Kind-Interaktionsstile bei niedrigerem SES. Mehr extern. Verhaltensprobleme bei Kindern mit niedrigerem SES. Mutter-Kind-Interaktionsqualität war partieller Mediator von niedrigem SES und extern. Verhaltensstörungen der Kinder.
McLeod und Shanahan 1996	603 Kinder, 4-9Jahre, USA	s. o.	Langzeiteffekte von Armut auf die psych. Gesundheit von Kindern.	Signifikante Zusammenhänge von Armut und antisozialem Verhalten über die Zeit. Mehr Depression bei Kindern mit früher und anhaltender Armut, unabhängig von zwischenzeitigen Armutserfahrungen.
National Advisory Mental Health Council 1996	Review, USA	Keine Angabe	Aktueller Stand der Forschung zum Einfluss von soziokulturellen und Umweltprozessen auf die psych. Gesundheit von Kindern.	Niedriger SES wirkt über Familienvariablen auf die psych. Gesundheit von Kindern. Ärmere Mütter verhalten sich öfter ablehnend, inkonsequent und weniger emotional unterstützend und sind weniger gut in der Lage, eine entwicklungsfördernde Umgebung zu schaffen.

Autor/Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
Costello et al. 1996	1015 afroamerikanische, Latino- und weiße Kinder, 323 Kinder indianischer Herkunft, 9-13 Jahre, USA	<u>SES</u> : Einkommen, Beschäftigung, Bildung, Krankenversicherung, Armut <u>Psych. Gesundheit/Funktionalität</u> : CBCL, CAPA nach DSM-III-R, CGAS, CAFAS, Social Interactions Survey (Lehrer) Qualität Familienbeziehung, psych. Probleme Eltern	Entwicklung, Bedarf und Nutzung psychiatrischer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Südosten der USA.	Armut war stärkster demografischer Prädiktor für psych. Auffälligkeiten. Kinder der ärmsten Familien litten mehr als doppelt so häufig an psych. Auffälligkeiten und hatten 3-mal häufiger komorbide Erkrankungen.
Flinn und England 1997	264 Kinder, Jugendliche und Jungerwachsene, 2-18 Jahre, Karibik	<u>SES</u> : Haushaltseinkommen, materieller Besitz, Landbesitz, Beschäftigung, Bildung, Fürsorge, Speichelcortisol, Familienzusammensetzung, Aktivitäten, emotionaler Zustand	Zusammenhang von sozioökonomischen Bedingungen, psychosozialen Stress und Gesundheit über neun Jahre.	Kein direkter Effekt von SES-Faktoren auf die Gesundheit nachweisbar. Qualität der Familienbeziehung war wichtigste Verbindung zwischen SES und kindl. Gesundheit, die über familiären Stress immunsuppressiv schädigend auf die Gesundheit wirkte.
Vostanis et al. 1997	249 Kinder aus obdachlosen Familien und 83 Kinder aus Familien mit festem Wohnsitz, 2-16 Jahre, England	<u>SES</u> : Obdachlosigkeit und soziale Klasse V <u>Psych. Gesundheit</u> : GHQ, Interview Schedule for Social Interaction, CBCL, YSR, Communication domain der Vineland-3	Psychosoziale Charakteristiken obdachloser Familien.	Mehr psychiatrische Erkrankungen bei obdachlosen Müttern und Kindern. Entwicklungsrückstände der Kinder korrelierten mit dem Ausmaß psychosozialer Schwierigkeiten.
Cohen und Kasen 1999	Review	Keine Angabe	Einfluss von Rasse, Ethnie SES und Kultur auf die emotionale und Verhaltensbeurteilung von Kindern.	Häufiger Psychotherapieempfehlung für Kinder mit hohem SES. Seltener Behandlung von Kindern mit niedrigem SES nach Empfehlung für Psychotherapie. Schlechtere Ergebnisse von Kindern mit niedrigem SES in projektiven und Intelligenztests. Wahrgenommene SES-Differenz von Untersuchern und Kindern beeinflussten Testergebnis und Behandlung.
Miech et al. 1999	1302 Jugendliche, 15-21 Jahre, Neuseeland	<u>SES</u> : Herkunfts-SES mit 15 Jahren (Elley-Irving-Skala), Eigenstatus mit 21 Jahren (Bildung) <u>Psych. Gesundheit</u> : Angst, Depression, Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsstörungen nach DSM-III (R)	Beeinflusst ein niedriger SES in der Adoleszenz die Entstehung psychischer Erkrankungen oder ist er eine Folge dieser.	Beziehungen von SES und psych. Störungen unterschieden sich mit dem Störungstyp. Selektionseffekt in niedrigere SES-Gruppen durch geringere Bildungsleistungen bei extern. Störungen. Keine Selektionseffekte für intern. Störungen. SES mit 15 und 21 Jahren sagte Angststörungen voraus. Kein sign. Zusammenhang zwischen SES und Depression.
Thiede Call und Nonnemaker 1999	3573 Schüler, 7.-12. Klasse, USA	Keine Angabe	Beziehung des SES mit selbst berichteter und psychischer Gesundheit Jugendlicher.	Starker persistierender Effekt des elterlichen SES auf depressive Affekte der Jugendlichen.
Freitag et al. 2000	224 Abiturienten, 17-22 Jahre, Deutschland	<u>SES</u> : Standarddemographie (ZUMA) <u>Psych. Gesundheit</u> : YSR Migrationshintergrund, Fragebogen psychosozialer Belastungsfaktoren	Vergleich familiärer, SES und kultureller Faktoren deutscher und migrierter Familien und Untersuchung von Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten.	Migrierte Familien hatten niedrigeren SES, waren aber stabiler. Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten waren SES und familiäre Faktoren sowie chronische Erkrankungen bei deutschen und Verfolgung/Diskriminierung bei türkischen Jugendlichen.
Leventhal und Brooks-Gunn 2000	Review, Studien v. a. aus den USA	Keine Angabe	Einfluss von SES-Nachbarschaftseffekten auf die psych. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.	Der SES wirkt in Nachbarschaften über den Zugang zu institutionellen Ressourcen, sozialen Beziehungen, Charakteristiken der Eltern, Normen der Nachbarschaft und informale Kontrolle.

Autor/Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
Samaan 2000	Review, USA	Keine Angaben	Einfluss von Rasse, ethnischer Zugehörigkeit und Armut auf die psych. Gesundheit von Kindern.	Arme Kinder aus Minderheiten- gruppen zeigten weniger psych. Auffälligkeiten als arme weiße Kin- der in den USA.
Goodman et al. 2001	10843 Jugendliche und 166 Mutter-Kind- Paare, 93,3 % Weiße, M 14,4 Jahre, USA	<u>SES</u> : elterliche Bildung, MacArthur Scale of Subjective Social Status (Erwachsenen- und Jugendversion) <u>Gesundheit</u> : Depression, Übergewicht Risikofaktoren, Selbstwert	Testung der Jugend- version der Mac Arthur Scale of Subjective Social Status. Beziehung von subj. SES mit physischer und psych. Gesundheit Jugendlicher.	Sehr gute Reliabilität des Instru- ments. Signifikante Beziehung von Community und Society-Leiter mit depressiven Symptomen und Übergewicht. Stärkerer Zusam- menhang der Community-Leiter mit beiden Symptomen.
Wadsworth und Achen- bach 2005	Prospektive Kohortenstudie, 1075 Kinder und Jugendliche, 8-17 Jahre, USA	<u>SES-Kompositionsindex</u> : Fa- milieneinkommen, Sozialleis- tungen, Beruf (Hollingshead), Bildung <u>Psych. Gesundheit</u> : CBCL, YABCL, Psychiatr./psycho- therap. Behandlung	Testung zweier Me- chanismen der so- zial-kausalen Hypo- these: differentielle Inzidenz und kumu- lative Prävalenz.	Belege für differentielle Inzidenz durch signifikanten Anstieg psych. Auffälligkeiten in der niedrigsten SES-Gruppe unabhängig von der Erholungsrate.
Ravens-Sie- berer et al. 2007	2863 Kinder, 7-17 Jahre, BELLA-Studie, Deutschland	<u>SES</u> : Winkler Index <u>Psych. Gesundheit</u> : SDQ, CBCL, CES-DC, SCARED, Conners' Scale Risiko-/Schutzfaktoren, ge- sundheitsbezogene Lebens- qualität	Vertiefende Untersu- chung der psych. Gesundheit von Kin- dern und Jugendli- chen in Deutsch- land.	Es bestand ein inverser Zusam- menhang von SES und psych. Auffälligkeiten der Kinder.
Amone P'Olak et al. 2009	Prospektive Kohortenstudie, 2149 Jugendli- che, 12-15 Jahre, Niederlande	<u>SES</u> : Familieneinkommen, Bildungs-/Beschäftigungs- status Vater und Mutter (ISCO) <u>Psych. Gesundheit</u> : CBCL, YSR Umwelt-/personenbezogene Stressoren (aktuell, Lang- zeit)	Wie wirken niedriger SES und Stressfak- toren auf die psych. Gesundheit von Ju- gendlichen.	Mehr Stressoren und psych. Auf- fälligkeiten bei niedrigem SES. Umweltbezogene Stressoren ver- mittelten Beziehung zwischen SES und psych. Auffälligkeiten. Kein si- gnifikanter Zusammenhang perso- nenbezogener Stressoren mit SES und psych. Gesundheit.
McLaughlin et al. 2012	6483 Jugendli- che, 13-17 Jah- re, Weiße, La- tinos, Afroameri- kaner, USA	<u>SES</u> : Bildung Eltern, Haus- haltseinkommen/Armutsgrenze, Haushaltseinkommen/mittleres Haushaltseinkommen Zensustrakt, Einkommensunterschiede Gemein- de (Gini Coefficient), Mac Arthur Scale of Subjective Social Status-Youth Version (Community-Leiter) <u>Psych. Gesundheit</u> im letzten Jahr: Composite International Diagnostic Interview, modifiziert (Selbst- und Elternurteil)	Auswirkung ver- schiedener SES-As- pekte auf psy- chische Erkrankungen von Jugendlichen.	Subj. SES am konsistentesten mit psych. Störungen assoziiert. Ne- gativer Zusammenhang von Bil- dung und Angsterkrankungen. Po- sitiver Zusammenhang relativer Deprivation und affektiver Störun- gen. Zusammenhang von SES und psych. Erkrankungen war am stärksten bei weißen Jugendli- chen. Kein Zusammenhang bei Afroamerikanern.
Brettschnei- der et al. 2015	Prospektive Kohortenstudie, 6719 Jugendli- che, BELLA-Stu- die, 11-17 Jahre, Deutschland	<u>SES</u> : Winkler Index <u>Psych. Gesundheit</u> : SDQ	Vergleich psych. Ge- sundheit Jugendli- cher in Deutschland nach Migrationshin- tergrund und Her- kunftsland.	Mehr psych. Probleme bei Ju- gendlichen mit Migrationshinter- grund, die z. T. durch den Sozial- status erklärt werden konnten.
Bannink et al. 2016	12652 Kinder, 11 Jahre, England	<u>SES</u> : Familieneinkommen, elterliche Bildung, Einschät- zung der Familie als ärmer oder reicher im Vergleich zu anderen durch die Jugendlichen Rosenberg's Self-Esteem Scale, Life satisfaction	Beziehung von Fa- milieneinkommen und selbst wahrge- nommener sozialer Position von Ju- gendlichen mit ihrem Selbstwert und Le- benszufriedenheit.	Kinder, die ihre Familien als ärmer oder reicher im Vergleich zu ihren Freunden wahrnahmen, hatten ei- nen geringeren Selbstwert und eine geringere Lebenszufrieden- heit.
Arroyo-Borell et al. 2017	2761 (T1), 1339 (T2) Kinder und Jugendliche,	<u>SES</u> : soziale Klasse (hoch, mittel, niedrig), Bildung, Be- rufstätigkeit	Einfluss von SES und mütterl. Ge- sundheit auf die	Negativer Zusammenhang mütter- licher Bildung und psych. Pro- bleme der Kinder. Inverser Zusam-

Autor/Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
	4-14 Jahre, Spanien	<u>Psych. Gesundheit Kinder:</u> SDQ; <u>Psych. Gesundheit Mutter</u>	psych. Gesundheit ihrer Kinder und Effekte der Wirtschaftskrise auf diesen Zusammenhang.	menhang soz. Klasse mit Hyperaktivität und Verhaltensproblemen. Die Wirtschaftskrise veränderte den soz. Gradienten und psych. Probleme der Kinder nicht wesentlich.
Otto et al. 2017	Prospektive Kohortenstudie, 1554 Kinder und Jugendliche der BELLA-Studie, 11-17 Jahre, T1-3, Deutschland	<u>SES:</u> Winkler-Index <u>Psych. Gesundheit/Funktionalität:</u> SDQ Kinder (Selbsturteil), SCL-S-9 (Eltern), General Self-Efficacy Scale, Family Climate Scale, Social Support Survey, KIDSCREEN-10	Identifizierung von psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.	Zusammenhang von niedrigem SES und niedriger HRQoL bei Baseline. Keine substantielle Korrelation des SES mit der HRQoL oder einer anderen Variable in der detaillierten Verlaufsanalyse.
Bøe et al. 2018	2043 Eltern-Kind-Paare, 11-13 Jahre, Norwegen	<u>SES:</u> Bildung, Selbsteinschätzung ökonomischer Situation im Vergleich zu anderen, niedriger selbst wahrgenommener SES (niedrige Bildung, Selbsteinschätzung als ärmer) <u>Psych. Gesundheit:</u> SDQ (Selbsturteil) „Life events“ im letzten Jahr/aktuell (DAWBA)	Beziehung von niedrigem SES und Exposure zu negativen „life events“, familiären Stressoren und psychischen Gesundheitsproblemen.	Mehr psych. Auffälligkeiten und Peerprobleme bei niedrigem SES. Exposition zu „life events“ und familiären Stressoren erklärte einen Teil der Beziehung. Unabhängige Beziehung von niedrigem SES, familiärem Stress und „life events“ mit der psych. Gesundheit.
Reiss et al. 2019	Prospektive Kohortenstudie, 2111 Kinder und Jugendliche der BELLA-Studie, 7-17 Jahre bei Baseline, Follow-up nach 1 und 2 Jahren (T1+T2), Deutschland	<u>SES:</u> Haushaltseinkommen, Bildung der Eltern (Jahre), Berufsstatus/Arbeitslosigkeit <u>Psych. Gesundheit:</u> SDQ (Elternurteil) Belastende Lebenssituationen (Elternurteil)	Direkter und interaktiver Zusammenhang zwischen häufig verwendeten Indikatoren des SES und der Exposition gegenüber belastenden Lebensereignissen in Beziehung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.	Alle SES-Indikatoren sagten unabhängig psych. Gesundheitsprobleme der Kinder und Jugendlichen beim 2-Jahres-Follow-up voraus. Nach Einbezug von Kontrollvariablen nur belastende Lebensereignisse und Interaktion von elterlicher Bildung und belastenden Lebensereignissen weiterhin signifikant in der Vorhersage psych. Probleme der Kinder. Weniger psych. Probleme der Kinder in belastenden Lebenssituationen bei höherer Bildung der Eltern.

Quelle: eigene Darstellung

7.8 Literaturübersicht SES und Flüchtlinge

Tabelle 25: *Flüchtlingsstudien und SES*

Autor/ Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
Marsh 1980	Südvietnamesische Flüchtlinge (1975 und 1978), USA	Einkommen, Beschäftigung, Abhängigkeit von staatlicher Hilfe	Ökonomische Situation von Flüchtlingen zweier Flüchtlingswellen	Flüchtlinge der zweiten Welle waren ärmer, weniger gebildet, kamen meist aus ländlichen Gebieten und waren weniger angepasst an das Leben in der Stadt, als die Flüchtlinge der ersten Welle.
Sack et al. 1986	46 kambodschanische jugendliche Flüchtlinge, USA	<u>SES</u> : Sozialhilfe, Arbeitslosigkeit, Beschäftigungsstatus <u>Allgem./psych. Funktionalität</u> : SADS, PTSD-Fragen der DIS, CGAS, Classroom Teacher Checklist	Auswirkungen massiver Traumatisierung von jugendlichen Flüchtlingen auf ihre Familien, ihr zu Hause und ihre Schulleistungen	Die meisten Flüchtlingsfamilien lebten in schwierigen SES-Verhältnissen. Kein signifikanter Zusammenhang von SES und psych. Störungen. Flüchtlingskinder in Pflegefamilien hatten trotz höherem SES mehr psych. Probleme. Kein Zusammenhang psych. Diagnosen mit akademischer Leistung.
Johnson 1989	Südostasiatische Flüchtlinge, Kanada	<u>Obj. ökonom. Stress</u> : Arbeitsinstabilität und ökonomische Deprivation <u>Subj. ökonom. Stress</u> : Arbeitsunsicherheit und ökonomischer Stress <u>Menschliches Kapital</u> : Bildung, Englischkenntnisse, Jobtraining in Kanada	Coping Ressourcen von Flüchtlingen bei ökonomischem Stress.	Keine extensive ökonomische Not bei arbeitslosen Flüchtlingen, abgesehen von Arbeitsunsicherheit. Reduktion ökonomischer Not durch ökonomische und soziale Unterstützung der Familie. Kein signifikanter Zusammenhang menschlichen Kapitals mit ökonomischem Stress.
Tran 1992	3414 indochinesische Flüchtlinge (>20 Jahre) unterschiedlicher ethnischer Gruppen, USA	<u>SES</u> : Beschäftigungsstatus Heimat, Bildung, finanzielle Probleme, soziale Stellung (Zufriedenheit mit dem Leben, der Wohnsituation und Nachbarschaft) Selbstwirksamkeit, Englischkenntnisse, Gesundheitsprobleme	Anpassung indochinesischer Flüchtlinge unterschiedlicher Alters- und ethnischer Gruppen	Bildung, Beschäftigungsstatus, ländliche oder städtische Herkunft im Heimatland, Englischkenntnisse, finanz. Probleme, Geschlecht, Alter und Länge des Aufenthalts waren signifikant mit der Anpassung in verschiedenen Alters- und ethnischen Gruppen verbunden. Die Zusammenhänge unterschieden sich z.T. sehr in den verschiedenen Gruppen.
Sundquist 1993	338 lateinamerikanische Flüchtlinge und 996 Kontrollpersonen, Schweden	<u>SES</u> : Beschäftigung, Bildung <u>Materieller Index</u> : Wohnqualität, Zugang zu Konsumgütern <u>Finanzielle Ressourcen</u> : Wohneigentum, Schulden, Sozialhilfebezug, Besitz/Zugang zu Konsumgütern <u>Psych. Gesundheit</u> : Freizeitgestaltung; soziales Netzwerk, Arbeitsbelastung physisch/psychisch, Lebensstil, Sicherheit im Alltag	Beziehung materieller Faktoren und Lebensstil mit der psych. Gesundheit bei Flüchtlingen und schwedischen Kontrollpersonen	Flüchtlingsstatus, niedriger materieller Standard, sich im täglichen Leben nicht sicher fühlen und wenig Freizeitmöglichkeiten waren signifikante Risikofaktoren psych. Krankheit.
Miller et al. 1994	51 afghanische Flüchtlinge und ihre Kinder in einer Mutter-Kind-Klinik, Pakistan	SES: keine Angabe Traumata, Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder	Gesundheit, SES und Entwicklungsstatus weiblicher afghanischer Flüchtlinge und ihrer Kinder	Sehr schlechter Ernährungsstatus und sign. Entwicklungsverzögerungen der Kinder im Zusammenhang mit niedrigem SES und Krankheit.
Sack et al. 1995	206 jugendliche Flüchtlinge und 159	<u>SES</u> : Beschäftigungsstatus (Hollingshead), Einkom-	Zusammenhang von psych. Gesund-	Guter Funktionsstatus bei Jugendlichen trotz PTSD. Kein Zusammenhang psych. Diagnosen und

Autor/ Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
	Eltern aus Kambo- dscha, USA	men, Sozialhilfe, Schulbil- dung <u>Psych. Gesundheit:</u> War Trauma Scale, PTSD, af- fektive Störungen	heit und Funktional- ität bei jugendlichen und erwachsenen Flüchtlingen	Funktionsstatus bei Jugendlichen. Schlechterer Funktionsstatus Er- wachsener (niedriges Einkommen, Bezug von Sozialhilfe) bei PTSD.
Potocky 1996	Erw. Flüchtlinge, die als Kinder in die USA kamen, ameri- kan. Kontrollperso- nen derselben Re- gion, USA	<u>SES:</u> Anzahl Berufstätiger, durchschnittliches Jahres- einkommen, Sozialleistun- gen, nie gearbeitet, Armut, Jahre der Schulbildung, ak- tueller Schulbesuch	Identifizierung von Faktoren für Wohl- standsentwicklung bei Flüchtlingskin- dern über die Zeit	SES-Unterschiede zwischen den Flüchtlingsgruppen bedingt durch Aufenthaltsdauer in den USA, eth- nisch-kulturellen Hintergrund und politischer Haltung der USA ge- genüber dem Herkunftsland.
Sinner- brink et al. 1997	40 erwachsene Asyl- bewerber, Australien	<u>SES:</u> Australian Standard Classification of Occupa- tions <u>Psych. Gesundheit:</u> HTQ, Postmigration living pro- blems checklist	Auswirkungen von Erfahrungen orga- nisierter Gewalt vor der Flucht und Postmigrations- stressoren	Starker SES-Abstieg bei Asylsu- chenden. Postmigrationsstressoren waren: Angst vor Abschiebung, Hindernisse im Zu- gang zu Arbeit und Sozialeinrich- tungen, Trennung von der Familie und Schwierigkeiten im Asylpro- zess.
Walton et al. 1997	54 Kinder, 12 Jahre, geboren im Bürger- krieg, 27 mit massi- ven Kriegserlebnissen und 27 mit wenig Kriegserlebnissen, El Salvador	<u>SES:</u> Familien-SES, Bil- dung Eltern <u>Psych. Gesundheit:</u> Kinetic Drawing System, PTSD Re- action Checklist for Chil- dren, Teacher Academic Achievement Scale, Tell me a Story WISC-R	Einfluss unter- schiedlich starker Kriegsexposition auf die psych. Gesund- heit von Kindern im Bürgerkrieg	Hoher SES und Bildung der Eltern korrelierten mit besserer psych. Gesundheit der Kinder. Unmittel- bare soziale Auswirkungen des Krieges (Umszüge, fehlende Klei- dung, Unterkunft) waren aussage- kräftiger für die psych. Gesundheit der Kinder als das Zusammensein mit der Familie oder die Intensität der Kriegserlebnisse.
Thabet und Vostanis 1998	237 Kinder, 9-13 Jahre, Gaza Streifen	<u>SES:</u> Beschäftigung Vater <u>Psych. Gesundheit:</u> RCMAS, Rutter Teacher Scale	Beziehung von Angststörungen zu sozialer Not	Niedriger SES war stärkster prä- diktiver Faktor für generalisierte psych. Probleme. Hohe Raten von Angststörungen und Zunahme mit dem Alter. Mädchen waren vul- nerabler.
Mghir und Raskin 1999	38 junge Afghanen, 23 Tajiken und 15 Pashtunen, USA	<u>SES:</u> Bildung Mutter/Vater, fam. finanzieller Status, Einkommen <u>Psych. Gesundheit:</u> PTSD, Depression, Angst (HTQ, BDI, HSCL-25)	Unterschiede in SES, Kultur und Kriegserlebnissen junger afghanischer Flüchtlinge ver- schiedener ethni- scher Herkunft und ihr Einfluss auf Psy- chopathologien	Höherer SES der tajikischen Fami- lien bestand im Exil fort. Sprach- barrieren und konservativer Hintergrund der pashtunischen Familien isolierten sie. Pashtunen verbrachten mehr Zeit während des Krieges in Afghanistan, erleb- ten mehr Traumata und litten häu- figer unter PTSD und Depressionen.
Howard und Hodes 2000	30 Flüchtlinge, 2-17 Jahre, 30 Mi- granten des gleichen Kulturgebiets und 30 weiße britische Fa- milien, England	<u>SES:</u> keine Angabe <u>Psych. Gesundheit:</u> DSM-4- R-Diagnosen; CGAS, Espino Rating Scales Rutter Disadvantage Scale	Psychopathologien, Not und Nutzung sozialer Einrichtun- gen von jungen Flüchtlingen	Flüchtlinge hatten niedrigeren SES, mehr Risikofaktoren (Ge- walt, Familienverlust, Elternar- beitslosigkeit, soziale Isolation) und weniger Unterstützung und Hilfe von Familie und Freunden.
Sundquist et al. 2000	1980 Migranten aus dem Iran, Chile, der Türkei und Polen, 27-60 Jahre, Schweden	<u>SES:</u> Ökonomische Schwierigkeiten, Bildung <u>Psych. Gesundheit:</u> GHQ, Exposure/PTSD, Sense of Coherence (SOC), Akkul- turation	Auswirkungen ver- schiedener Risiko- faktoren auf psychi- schen Stress und psychosomatische Beschwerden in ei- ner Flüchtlingspopu- lation	Ein niedriger SOC, schlechte Ak- kulturation, wenig Kontrolle über das eigene Leben und ökonom. Schwierigkeiten waren starke Prä- diktoren für psych. Stress und psy- chosomatische Beschwerden, die sogar stärker waren als das Erle- ben von Gewalt vor der Migration.
Khamis 2005	1000 palästinensi- sche Schul-kinder, 12-16 Jahre, mit un- terschiedlichen Le- bensmittelpunkten, Religionen und Schulformen, Israel	<u>SES:</u> Bildung, Anstellung, Familiengröße, Haushalts- einkommen, Economic Pressure, Fulfillment of Child's Material Needs Scale <u>Psych. Gesundheit:</u> PTSD, Child Psychological Mal- treatment Scale (CPMS),	Prävalenz von PTSD bei palästi- nensischen Schul- kindern unter Be- rücksichtigung mo- difizierender Va- riablen wie Charak- teristiken des Kin-	Negativer Zusammenhang zwi- schen ökonomischer Situation und PTSD. Kein signifikanter Unter- schied zwischen den bei-den Gruppen bzgl. der Erfüllung mate- rieller Notwendigkeiten des Kin- des. Das Familienklima war der einzige Prädiktor für PTSD im endgültigen Modell.

Autor/ Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
		Gender Inequities Scale, Family Ambiance Scale (FAS), Parental Support Scale (PSS), Harsh Discipline Scale (HDS)	des, SES, Familienumfeld und Stil elterlicher Einflussnahme	
Porter und Haslam 2005	67.294 Vertriebene, 22.221 Flüchtlinge, 45.073 Nicht-Flüchtlinge; Metaanalyse von 59 Studien mit Vertriebenen (17 Studien mit Flüchtlingskindern) aus fünf Dekaden, weltweit	<u>SES</u> : Bildungsgrad, Beschäftigung vor der Flucht <u>Flüchtlingscharakteristika</u> : Alter, Geschlecht, Präigrationswohntort (urban/ rural), Herkunftsland <u>Kontextuelle Faktoren</u> : Art der Unterkunft, ökonom. Möglichkeiten nach der Flucht, kultureller Zugang, interne Vertreibung, Rückkehr ins Heimatland, Status des Konfliktes im Ursprungsland <u>Psych. Gesundheit</u>	Einfluss verschiedener potentieller Moderatoren psychischer Gesundheit von Flüchtlingen, wie individuelle Charakteristiken und kontextuelle Variablen, die den akuten Kriegsstressoren folgen	Ältere, gebildetere, und weibliche Flüchtlinge sowie Flüchtlinge mit höherem Präigrations-SES und einem ländlichen Wohnort vor der Flucht waren psychisch belasteter. Postmigrationsbedingungen moderierten die psychische Gesundheit. Negativ wirkten sich aus: Leben in Flüchtlingsheimen, eingeschränkte ökonomische Bedingungen, Binnenflüchtlinge, schnelle Rückkehr ins Herkunftsland, Rückkehr in ein Land mit ungelöstem Konflikt.
Al-Krenawi et al. 2009	442 jüdische Israelis und 450 palästinensische Jugendliche aus Gaza, 14-18 Jahre	<u>SES</u> : keine Angabe <u>Psych. Gesundheit/Funktionalität</u> : Traumatic Event Scale (TEQ), Brief Symptoms Inventory (BSI), PTSD-Symptomscale-Interview (PSS-I), Index of Peer Relations Scale (IPR), Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), MacMaster Family Assessment Device (FAD)	Beziehung von Exposure und Trauma mit psychosozialen, Verhaltens-, emotionalen und Familienproblemen bei israelischen und palästinensischen Jugendlichen	Niedrigerer SES sagte psych. Gesundheitsprobleme, PTSD, Pathologie der fam. Funktionsfähigkeit und die soziale Funktionsfähigkeit der Jugendlichen mit ihren Peers voraus. Elterliche Bildung beeinflusste positiv die FAD-Scores und die Vermeidungssitems des PSS-I.
Montgomery 2011	Flüchtlingskinder/-jugendliche aus dem Nahen Osten, T1: 311, 3-15 Jahre, T2: 131, 11-23 Jahre, Dänemark	<u>SES</u> : Bildung Eltern, soziale Klasse (Selbsteinschätzung) <u>Psych. Gesundheit</u> : K-SADS-PL; PTSD, Kompositionsindikator sozialer Anpassung im Exil, CBCL, YAB, YSR, YASR Gesundheit der Eltern	Einfluss von Trauma und Lebensbedingungen im Exil auf die psych. Gesundheit junger Flüchtlinge aus dem mittleren Osten	Schulbesuch, dänische Freunde, Sprachfertigkeit und mütterliche Bildung waren Prädiktoren für weniger psych. Langzeitprobleme.
Koltveit et al. 2012	139 Schüler, 12-17 Jahre, refugee beach camps, Gaza	<u>SES</u> : Bildung, Beschäftigungsstatus Eltern, Familieneinkommen (Schätzung der Jugendlichen) <u>Psych. Gesundheit</u> : The Gaza Traumatic Check List, CRIES, RCMAS, DSRs-C	Beziehung von Kriegsstressoren und psychischer Belastung und Effekte von Alter, Geschlecht und SES 10 Monate nach dem letzten Krieg	Risikofaktoren für PTSD waren Exposure, weibliches Geschlecht, höheres Alter und ein arbeitsloser Vater. Kein Einfluss von Einkommen und Bildung auf die psych. Gesundheit der Kinder.
Dimitrova et al. 2016	Metaanalyse 51 Migrationsstudien, 224.197 Immigrantenkinder und -jugendliche, 2-18 Jahre, 72% Jugendliche, Europa	<u>SES</u> : Bildung und Beschäftigung Eltern <u>Anpassung</u> : intern./extern. Auffälligkeiten, akademische Leistungen kulturelle und ethnolinguistische Diversität, Migrations Integrationspolitik Index (MIPEX)	Einfluss verschiedener potentieller Moderatoren psychischer Gesundheit von Flüchtlingen, wie individuelle Charakteristiken und kontextuelle Variablen, die den akuten Kriegsstressoren folgen	Ältere, gebildetere, weibliche und Flüchtlinge mit höherem Präigrations-SES und einem ländlichen Wohnort vor der Flucht waren psychisch belasteter. Postmigrationsbedingungen moderierten die psych. Gesundheit. Negativ wirkten sich aus: Leben in Flüchtlingsheimen, eingeschränkte ökonomische Bedingungen, Binnenflüchtlinge, schnelle Rückkehr ins Herkunftsland, Rückkehr in ein Land mit ungelöstem Konflikt.
Robertson et al. 2016	449 Flüchtlinge aus Somalia und Oromo, USA	<u>SES</u> : Beschäftigungsverhältnis vorhanden, mehr/weniger Geld verfügbar als vor der Flucht, Schulbildung <u>Psych. Gesundheit</u> : PTSD-Checklist, Angst und Depression (HSCL), Sheehan	Entwicklung eines Vorhersagemodells zur Identifizierung von Hochrisikoflüchtlingen nach dem Ausmaß ihrer Traumatisierung	Die psych. Funktionsfähigkeit zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit: SES, wahrgenommenem Gesundheitsstatus, fester Unterkunft, religiösem Glauben, Aufenthaltsdauer. Prädiktoren des psych. Funktionsniveaus

Autor/ Jahr	Population/ Land	Instrumente/untersuchte Variablen	Fragestellung	Ergebnisse
Marley und Mauki 2018	2959 Flüchtlingskin- der, 6-19 Jahre, ein- kommensstarke Länder	Disability Inventory, Com- posite Trauma Score Systematischer Review 11 quantitativer Flüchtlingsstu- dien	und psychischen Funktionsniveau Identifikation protek- tiver Faktoren, die Resilienz und eine gesunde psych. Entwicklung von Flüchtlingskindern in einkommensstar- ken Ländern fördern	unterschieden sich mit dem Ge- schlecht. Protektive Faktoren, die zu einer guten Entwicklung von Flücht- lingskindern beitragen waren: Al- ter, Selbstwert/Selbstwirksamkeit, die Erhaltung einer kulturellen Identität, positive Familienbezie- hungen, familiärer Zusammenhalt, unterstützende Peer-Beziehun- gen, regelmäßiger Schulbesuch, Sicherheit, innovative Sozialsyste- me. Entscheidend war eine sozial inklusive gesellschaftliche Hal- tung.
Mock- Muñoz de Luna et al. 2018	Literaturreview, 27 Studien, Kinder und Jugendli- che, 3-17 Jahre, mit Migrationshinter- grund und einheimi- sche Peers aus Dä- nemark, Norwegen und Schweden	<u>SES</u> : z. B. elterliche Bil- dung, Beschäftigung, Be- schäftigungsstatus, Einkommen, fam. ökonomi- sche Härte, Sozialhilfe, Un- terkunft, Wohngegend, Life events (finanzielle Pro- bleme, Arbeitsplatzverlust) <u>Psych. Gesundheit/Wohl- befinden</u> : SDQ, HSCL, ICD-9/10 und DSM-IV-Dia- gnosen, subjektiv empfun- dene Einsamkeit, KIDSCREEN-52/10	Unterschiede im Gesundheitsstatus von Immigranten- kindern aus nicht westlichen Ländern im Vergleich zur Mehrheit skandina- vischer Kinder und der Einfluss des SES hierauf	Überwiegend schlechtere allge- meine psych. Gesundheit bei Im- migrantenkindern. Diese war stark mit dem SES assoziiert. Seine kausale Rolle blieb jedoch unklar.

Quelle: eigene Darstellung

8 Danksagung

Die vorliegende Studie wurde 2020 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 diese vielfältige erfahrene Hilfe möchte ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Hubertus Adam, dessen Engagement maßgeblich für die Umsetzung dieses Forschungsprojekts war. Außerdem danke ich Prof. Dr. med. Rainer Thomasius für seine wissenschaftliche Betreuung als Zweitgutachter.

Für wissenschaftliche Betreuung, insbesondere bei statistischen Fragen, danke ich Martin Aßhauer und Katrin Lehnert. Weiterer Dank gilt dem gesamten wissenschaftlichen Team der Flüchtlingsambulanz, ohne dessen Hilfe die Realisierung des Forschungsprojekts nicht möglich gewesen wäre.

Für den anregenden Austausch mit anderen Studienautoren sei gedankt, der für die inhaltliche Ausrichtung und die Auswahl eines geeigneten Instruments sehr hilfreich war. Besonders verbunden bin ich Nancy Adler und Judith Stewart vom MacArthur Research Network on Socioeconomic Status and Health.

Für sein großes Engagement danke ich speziell Dr. med. Joachim Walter, der mich ermutigt hat die Dissertation abzuschließen und mich dabei mit konstruktiven Anregungen, fachlichen Hinweisen und ersten Korrekturen unterstützt hat.

Für Lektorat und Unterstützung beim Layout der Dissertation danke ich Stefanie Höper und Maja Günther.

Mein besonderer Dank gilt schließlich meiner Familie, die mich mit großem Engagement und Verständnis unterstützt hat. Ich widme diese Arbeit meinen Eltern, die mich durch ihre eigene Geschichte als Kriegs- und Flüchtlingskinder für dieses Thema sensibilisiert haben.

9 Lebenslauf/ Vita

Der Lebenslauf ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten.

10 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.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Lena Katharina Cajina Bilbao la Vieja

Ort, Datum, Unterschrift