24. Jahrgang / Heft 4 / 2015

Kindheit und Entwicklung

www.hogrefe.de/zeitschriften/ke

Herausgeber:
Ulrike Petermann
Franz Petermann
Martin H. Schmidt
Ulrich Stephani

Schwerpunkt:
Migrantenkinder

HOGREFE

Themenschwerpunkt

Belhadj Kouider, E. & Petermann, F.:
Migrantenkinder 199
Migrant Children

Übersicht

Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. & Plener, P. L.:
Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen: Eine systematische Übersicht 209
Demand for Help and Provision of Services in the Care of Unaccompanied Refugee Minors: A Systematic Review

Studien

Schoberer, A., Dörr, R., Schoberer, M., Orlikowsky, T., Häusler, M. & Hoberg, K.:
Migrationshintergrund als Risikofaktor für die Entwicklung Frühgeborener im Alter von zwei Jahren 225
Migration Background as a Risk Factor for the Development of Preterm-Birth Children at the Age of 2 Years

Lüdeke, S., Linderkamp, F., Weidenfeld, A. & Borusiak, P.:
Die Einflüsse des Migrationshintergrundes und psychischer Störungen auf kognitive Leistungsdaten einer SPZ-Inanspruchnahmepopulation 236
The Impact of Migration Background and Psychiatric Disorders on Cognitive Achievement of a Pediatric Outpatient Sample

Daseking, M., Werpup-Stüwe, L., Wienert, L. M., Menke, B. M., Petermann, F. & Waldmann, H.-C.:
Sprachfreie Intelligenzdiagnostik bei Kindern mit Migrationshintergrund 243
Nonverbal Intelligence Assessment in Migrant Children

Belhadj Kouider, E., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F.:
Angststörungen bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Risikofaktoren und Behandlungserfolg 252
Anxiety Disorders in Migrant and Nonmigrant Children: Risk Factors and Treatment Success

Kindheit und Entwicklung, 24 (4), 209 – 224 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2015

Übersicht

Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Eine systematische Übersicht

Andreas Witt, Miriam Rassenhofer, Jörg M. Fegert und Paul L. Plener

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm

Zusammenfassung. In den letzten Jahren kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Zahl unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) in Deutschland. Dies stellt nicht zuletzt die klinische Versorgung vor neue Fragestellungen, da es sich um eine hoch vulnerable Gruppe handelt. In der vorliegenden Übersichtsarbeit sollen die psychischen Auffälligkeiten und deren längerfristiger Verlauf beschrieben werden, um den Hilfebedarf darzustellen. In einem weiteren Schritt werden die Hilfsangebote anhand der Rückmeldungen von UMF erfasst. Das klinische Bild wurde vorrangig von einer posttraumatischen Stresssymptomatik geprägt, wobei sich im Langzeitverlauf eine hohe Stabilität psychischer Belastungen zeigte. Daneben existiert jedoch auch ein erheblicher Anteil resilienter UMF. Mehrfach wurde von den UMF der Wunsch nach Schulbildung und rascher sprachlicher Integration geäußert.
Schlüsselwörter: unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, UMF, Review, Versorgung, psychische Auffälligkeiten

Demand for Help and Provision of Services in the Care of Unaccompanied Refugee Minors: A Systematic Review

Abstract. During the last few years, Germany has seen a tremendous increase in the number of unaccompanied refugee minors (URM). This situation poses new demands on clinical care, as URM are a highly vulnerable group. The existing literature for mental health problems and their longitudinal course was reviewed to evaluate the needs of this population. We collected feedback from URM on their experiences with service provision. The clinical picture was mostly dominated by posttraumatic stress symptoms, which tended to be stable over a longer time span. In addition, there was a high proportion of resilient URM. In service studies, URM often voiced their wish for access to schooling and language training allowing for a rapid integration.
Keywords: unaccompanied refugee minors, URM, review, service provision, mental health problems

Weltweit wurde die Zahl von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen 2013 auf 51,2 Mio. geschätzt, wobei 50 % der auf der Flucht lebenden Menschen unter 18 Jahren sind (UNHCR, 2014). Auch wenn davon auszugehen ist, dass auch Flüchtlinge über 18 Jahren mitunter ein jüngeres Alter angeben, oder in Entwicklungsländern häufig keine Aufzeichnungen zu Geburtsdaten existieren (EASO, 2013), ist die Zahl von 25.300 Asylanträgen unbegleiteter Kinder beachtlich und die höchste seit Beginn der Aufzeichnungen des UNHCR 2006. Die meisten Flüchtlinge stammten 2013 aus Afghanistan, Syrien und Somalia. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) werden definiert als unter 18jährige, die ohne Begleitung eines für sie verantwortlichen Erwachsenen in ein fremdes Land einreisen (vgl. Parusel, 2009, S. 13). Insgesamt wurden 2013 in Deutschland 6.584 unbegleitete Minderjährige (90 % männlich) in Obhut genommen (Statistisches Bundesamt, 2014) und 2.486 Asylanträge unbegleiteter Minderjähriger gestellt (Müller, 2014).

Allgemein ist die Anfälligkeit für psychische Störungen bei Flüchtlingskindern erhöht (Gavranidou et al., 2008; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). UMF stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar (Huemer, Karnik & Steiner, 2009), da relevante protektive Faktoren wie ein schützendes, unterstützendes familiäres Umfeld fehlen (Derluyn & Broekert, 2007). Die Frage ist, wie groß der Anteil an UMF mit psychischen Störungen ist, und welche dies genau sind. Dies ist insofern bedeutsam, da vielversprechende Therapieverfahren für UMF existieren (Eberle-Sejari, Nocon & Rosner, 2015), die Ressourcen dafür aber begrenzt sind und die Zahl der UMF in der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Ver-

Andreas Witt und Miriam Rassenhofer teilen sich die Erstautorenschaft.

DOI: 10.1026/0942-5403/a000177

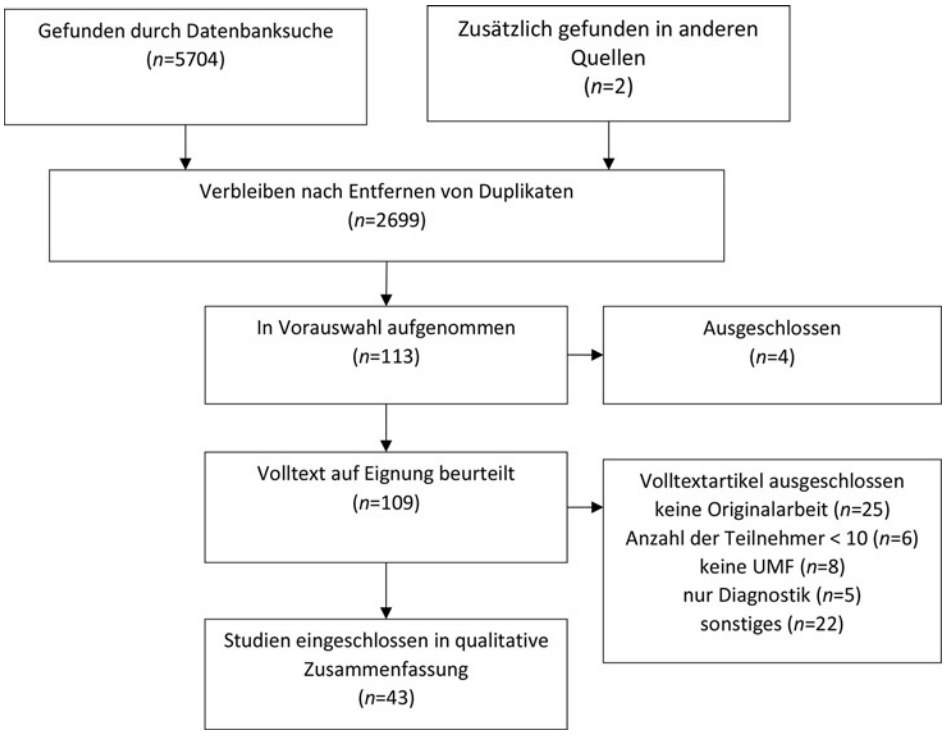

Abbildung 1. Identifikation relevanter Studien nach PRISMA-Statement (Ziegler et al., 2011).

sorgung sowie im Jugendhilfesektor stetig wächst. Weiterhin besteht Unklarheit über die Anzahl der UMF, die keine oder kaum psychische Auffälligkeiten zeigen, also als resilient einzustufen sind. Zwar existiert keine einheitliche Definition von Resilienz, jedoch beinhalten viele zwei Aspekte: die Exposition gegenüber aversiven Erlebnissen und die positive Adaptation (Masten, 2007; Noeker & Petermann, 2008).

Ziel dieses Reviews ist, einen Überblick über die aktuelle Befundlage zu psychischen Auffälligkeiten sowie Resilienz und Versorgung von UMF zu geben. Dabei sollen Bedürfnisse dieser Population sowie bestehende Modelle zur Versorgung identifiziert und Desiderate dargestellt werden. Hierzu wird die existierende Literatur zum Hilfebedarf von UMF zusammengefasst und auf der „Angebotsseite" die Wahrnehmung von Hilfen durch UMF und deren Wünsche, beschrieben.

Methode

Zur Identifikation relevanter Artikel wurden die Datenbanken Embase, ISI Web of Science, Pubmed, Scopus, Psychinfo und Psyndex systematisch durchsucht. Zusätzlich wurden relevante Artikel per Handsuche über Google Scholar identifiziert. Die Suche erfolgte anhand der Kombination folgender Begriffe: „unaccompanied" AND „refug*", „unaccompanied" AND „minors", „unaccompanied" AND „children", „unaccompanied" AND „adolescents", „unaccompanied" AND „youth", „unaccompanied" AND „asylum-seek*", „unbegleitete minderjährige Flüchtlinge", „UMF" und „unbegleitete Flüchtlinge".

Folgende Einschlusskriterien wurden angelegt:

- Erschienen im Zeitraum 01. 01. 2004 bis 30. 04. 2015
- Publikation in einem peer-reviewed Journal
- Teilnehmer sind UMF (d. h. unbegleitete Flüchtlinge < 18 Jahre zum Zeitpunkt der Ankunft im Aufnahmeland)
- Originalarbeit
- Mind. 10 Studienteilnehmer
- Qualitative oder quantitative Arbeit
- Publikation in deutscher oder englischer Sprache

Ergebnis

Die Literatursuche ergab nach Ausschluss doppelter Treffer insgesamt 2.699 Artikel. Nach Durchsicht der Titel konnte die Mehrzahl der Artikel im Konsens zwischen den Autoren ausgeschlossen werden. Die übrigen 109 Arbeiten wurden im Volltext gelesen und weitere Artikel ausgeschlossen, die nicht den Einschlusskriterien genügten, sodass insgesamt 43 Artikel in das Review eingingen, die den Bereichen psychologische Faktoren, längsschnittliche Studien und Versorgung grob zugeordnet werden konnten. Einen Überblick über den Auswahlprozess gibt Abbildung 1.

Psychologische Faktoren

Es wurden 26 Artikel zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei UMF identifiziert (siehe Tabelle 1). Diese bezogen sich auf 22 Stichproben mit Daten zu insgesamt 6030 überwiegend männlichen (ca. 81%) UMF. In den Studien wurden bis zu 93 unterschiedliche Herkunftsländer (Derluyn, Broekaert & Schuyten, 2008) genannt, am häufigsten Afghanistan, Somalia, Angola, Eritrea und Iran. Die Studien unterschieden sich in der Stichprobengröße (N=41 bis N=920) und in den verwendeten Methoden. Die meisten Ergebnisse wurden anhand von Screeningverfahren erzielt und stellen nur psychische Auffälligkeiten, keine Diagnosen dar. Insgesamt machen fünf Studien Angaben zu psychischen Störungen (Ramel et al., 2015; Jakobsen, Demott & Heir, 2014; Völkl-Kernstock et al., 2014; Huemer et al., 2011; Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007). In zwei Studien wurden klinische Interviews eingesetzt (Huemer et al., 2011; Jakobsen, Demott & Heir, 2014). Fremdeinschätzungen der psychischen Auffälligkeiten wurden in drei Studien erhoben (Thommessen et al., 2013; Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007; Derluyn & Brokaert, 2007). Weitere drei Arbeiten basierten auf den Analysen von Patientendaten (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007; Michelson & Sclare, 2009; Ramel et al., 2015).

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und psychischer Störungen

Über alle Studien hinweg zeigt sich, dass die Mehrzahl der UMF (bis zu 97%) traumatische Erfahrungen (häufig Kriegserfahrungen) gemacht haben. UMF berichten signifikant häufiger von traumatischen Erfahrungen als begleitete Flüchtlinge (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007; Bean et al., 2007; Michelson & Sclare, 2009).

Die Prävalenz von Auffälligkeiten reicht von 20% für PTBS (Geltman et al., 2005) bis 81,5% für internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten (Thommessen et al., 2013). Unter Einsatz klinischer Interviews lag die Prävalenz psychischer Störungen zwischen 41,9% (Jakobsen, Demott & Heir, 2014) und 56% (Huemer et al., 2011). Im Fremdbericht reichten die Prävalenzen von 22,8% (Derluyn & Brokaert, 2007) bis 81,5% (Thommessen et al.,2013), im Selbstbericht von 20% (Geltman et al., 2005) bis 71,3% (Hodes et al., 2008).

Prävalenz bestimmter Störungsbilder

Übereinstimmend zeigt sich in den Studien, dass posttraumatische Stresssymptome (PTSS) bzw. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) die häufigsten psychischen Auffälligkeiten bei UMF darstellen, mit einer Prävalenz für PTSS in Fragebogenstudien zwischen 17% (Völkl-Kernstock et al., 2014) und 61,5% für männliche bzw. 71,3% für weibliche UMF (Hodes et al., 2008). Unter Einsatz klinischer Interviews lag die Prävalenz für PTBS zwischen 19,5% (Huemer et al., 2011) und 30,4% (Jakobsen, Demott & Heir, 2014)

Im Bereich der depressiven Symptomatik lag im Selbstbericht die Prävalenz zwischen 44,1% (Vervliet et al., 2014) und 11,5% für männliche bzw. 23,1% für weibliche UMF (Hodes et al., 2008). Im klinischen Interview lag die Prävalenz für Depression bei 9,4% (Jakobsen, Demott & Heir, 2014), für Dysthymie bei 14,6% (Huemer et al., 2011). In den Aktenanalysen lag der Anteil der UMF mit affektiven Störungen zwischen 16,1% (Ramel et al., 2015) und 47% (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007).

Die Prävalenz für Angstsymptome lag im Selbstbericht zwischen 17,9% (Derluyn & Brokaert, 2007) und 38,3% (Vervliet et al., 2014), unter Einsatz von klinischen Interviews bei 3,8% für generalisierte Angststörungen und 4,4% für Agoraphobie (Huemer et al., 2011). In Aktenanalysen ergaben sich Prävalenzen von 76,8% (ICD-10: F40-F48) (Ramel et al., 2015) bis 97% (PTBS und Angststörungen) (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007). Bei Michelson und Sclare (2009) war Angst bei 85% der Vorstellungsanlass.

Die Prävalenz externalisierender Auffälligkeiten lag zwischen 22,8% (Derluyn & Brokaert, 2007) und 72,2% (Thommessen et al., 2013). Mittels klinischem Interview wurde bei 2,4% eine Störung des Sozialverhaltens und bei 4,9% eine Störung mit oppositionell aufsässigem Verhalten festgestellt (Huemer et al., 2011). In den Stichproben aus medizinischen Einrichtungen wurde bei 1,9% eine Diagnose aus dem Bereich Verhaltens- und emotionale Störungen gestellt (Ramel et al., 2015). UMF gaben weniger externalisierende Probleme als Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung (Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007; Derluyn & Brokaert, 2007), mehr stressful life events (SLE), PTSS, Angst und Depression, aber weniger externalisierende Probleme als begleitete Flüchtlinge und Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung an (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007; Bean et al., 2007; Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007; Derluyn & Brokaert, 2007; Derluyn, Broekaert & Schuyten, 2008; Michelson & Sclare, 2009; Ramel et al., 2015; Seglem, Oppedal & Roysamb, 2014).

Resilienz

Über die Studien hinweg lag der Anteil derer, die keine oder kaum psychische Auffälligkeiten zeigten zwischen 18,5% (Thommessen et al., 2013) und 80% (Geltman et al., 2005). Gemessen mit klinischen Interviews lag der Anteil der UMF, die nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllten, zwischen 44% (Huemer et al., 2011)

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Ramel et al. (2015) (Schweden)	*N*=56 UMF *N*=205 nicht-UMF	94,6%	*M*=15,9 J. (*SE*=1,5)	K. A.	Aktenanalyse	UMF: mehr nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten sowie häufiger Diagnosen aus dem Bereich neurotischer Störungen (F40–48) als nicht-UMF Diagnosen nach ICD-10: F40-F48: 76,8% F30-F39: 16,1% F9x: 1,8% F1x: 2,3%
Jensen et al. (2015) (Norwegen)	*N*=93 UMF	81%	10–16 J. *M*=13,8 J. (*SE*=1,4)	*M*=6 Monate (*SE*=5 Monate)	HSCL-37 SLE CPSS	**HSCL:** HSCL Gesamt: 21,5% HSCL Internalizing: 19,4% HSCL Angst: 30,1% HSCL Depression: 20,4% HSCL Externalizing: 6,5% *M*=5,5 **Stressful Life Events** mit Tod einer nahestehenden Person (68%), Zeuge von Gewalt (63%) **CPSS PTBS:** 54% (über klinischem Cut-Off) Anzahl von SLE waren assoziiert mit PTSD, Depression, und Angstsymptomen, nicht mit externalisierenden Auffälligkeiten
Jakobsen et al. (2014) (Norwegen)	*N*=160 UMF	100%	15–18 J.	4 Monate	CIDI SLE	mindestens eine psychische Störung: 41,9% mindestens ein Stressful Life Event: 96% PTBS: 30,6% Depression: 9,4% Agoraphobie: 4,4% GAS: 3,8%
Smid et al (2011) (Niederlande)	*N*=554 UMF	75%	12–18 J.	4–24 Monate	HSCL-37 A SLE RATS	Baseline: Ein tramatisches Erlebnis: 66% PTBS (RATS): 40%
Huemer et al. (2011) (Österreich)	*N*=41 UMF	85,4%	15–18 J.	K. A.	Mini-International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents YSR UCLA PTSD Reaction Index	mind. 1 Diagnose: 56%; komorbide Störungen: 15% F43.2: 22% F43.1: 19,5% F34: 14,6% Aktuelle Suizidalität: 9,8% F91.3: 4,9% F91.0–2: 2,4%

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen *(Fortsetzung)*

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Völkl-Kernstock et al. (2014) (Österreich)	*N*=41 UMF	85,4 %	15 – 18 J.	K. A.	UCLA PTSD Reaction Index SCWP	17 % volle Diagnose für PTBS nach UCLA; 29,3 % partielle Diagnose nach UCLA Mittlerer Depressionswert lag über dem Cut-Off Weibliches Geschlecht Prädiktor für PTBS
Huemer et al. (2013) (Österreich)	*N*=41 UMF	85,4 %	15 – 18 J.	K. A.	WAI YSR	YSR Skalen unter klinisch bedeutsamem Cut-Off Hohe Werte an *Repressive Defensiveness*, *Denial of Distress*, u. *Restraint*
Bronstein et al. (2011) (UK)	*N*=222	100 %	13 – 18 J.	*M*=522 Tage	HSCL-37 A SLE	Stressful Life Events: *M*=6,6 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (HSCL 37 Ges.score): 31,4 % Internalisierende Probleme: 24,3 % Davon: Angst: 34,6 % Depression: 23,4 %
Bronstein, Montgomery & Ott (2013) (UK)	*N*=222	100 %	13 – 18 J.	*M*=522 Tage	SLE RATS	Stressful Life Events: *M*=6,6 PTBS: 34,3 % über Cut-Off
Bronstein & Montgomery (2013) (UK)	*N*=222	100 %	13 – 18 J.	*M*=522 Tage	SHS RATS	UMF mit PTBS-Symptomen: mehr Schlafprobleme
Seglem et al. (2014) (Norwegen)	*N*=223 UMF *N*=609 ethnische Minderheit *N*=427 Allgemeinbevölkerung	81 %	*M*=20 J. (*SE*=2,4)	*M*=4,1 J. (*SE*=2,2)	CESD-10 Eigenentwicklung zu „daily hassles“ Brief COPE	UMF höhere Depressionswerte, mehr „daily hassles“, mehr „engagement“ u. „disengagement Coping“ als beide anderen Gruppen Lebenszufriedenheit gleich Unterschiede in Coping und daily hassles erklärten zum Teil Gruppenunterschiede
Vervliet et al. (2014) (Norwegen/Belgien)	*N*=204 Norwegen *N*=103 Belgien *N*=307 UMF insgesamt	Norwegen: 100 % Belgien: 74,5 % Gesamt: 94,8 %	Ges.: *M*=16,13 J. (*SE*=0,84)	erste Wochen nach Ankunft	HSCL-37 A SLE RATS HTQ	Im Mittel 6,3 Stressful Life Events **HSCL-37 A** Angst: 38,3 % über Cut-Off Depression: 44,1 % über Cut-Off **RATS:** PTBS: 52,7 % über Cut-Off Haupteffekt für Anzahl von Stressful Life Events

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen *(Fortsetzung)*

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Thommessen et al. (2013) (Italien)	*N*=60 UMF *N*=60 italienische Jugendliche	100 %	*M*=17,14 J. (*SE*=0,35)	*M*=2,5 J. (*SE*=1,6) 1 – 3 J.	CBCL, ausgefüllt durch Sozialarbeiter	Auf allen Skalen signifikant höhere Werte als italienische Jugendliche; Internalisierende u. externalisierende Auffälligkeiten: 81,5 % Externalisierende Auffälligkeiten: 72,2 %
Seglem et al. (2011) (Norwegen)	*N*=414 UMF	78,5 %	11 – 27 J. (40 % zwischen 18 u. 20 J.)	*M*=3,4 J. (*SE*=2,4)	CESD-10 PTSS mit 2 Items gemessen	Frauen höhere Wahrscheinlichkeit für PTSS; UMF aus Somalia weniger PTSS als andere Gruppen; Allgemein bei UMF hohe Werte in CES-D
Oppedal & Idsoe (2012) (Norwegen)	*N*=566 UMF	80 %	13 – 27 J.; *M*=18,9 (*SE*=2,6)	*M*= 3,5 J.	Verhaltensprobleme mit 9 Items aus 3 Instrumenten (Selbstbericht) CESD-10 (Selbstbericht) Outgroup and Ingroup Acculturation Hassles mit 3 Items (Selbstbericht) Impact of War-Related Trauma mit 3 Items (Selbstbericht) Host / Norwegian Culture Competence and Ethnic Culture Competence mit 9 Items gemessen (Selbstbericht)	Kriegserfahrung: 75 % Hohe Werte für Depressivität (Mittelwert nahe Cut-Off, CES-D) sehr geringe Werte an Verhaltensproblemen Traumatische Erfahrungen, Ingroup und Outgroup hassles Prädiktor für Depression Akulturaltionsprozesse als protektiver Faktor
Oppedal & Idsoe (2015) (Norwegen)	*N*=895 UMF	82,4 %	*M*= 18,6 J. (*SE*=2,5)	*M*= 3,45 J. (*SE*=2,28)	Host and Heritage Culture Competence Scale for Adolescents CESD-10 (Selbstbericht) Wahrgenommene Diskrimination über 5 Items	79 % Kriegserlebnisse 59 % berichten kriegsbezogene Intrusionen Hohe Werte in CES-D (nahe an Cut-Off) Teilnehmer, die Kontakt zur Familie im Heimatland hatten: mehr soziale Unterstützung, geringere Depressionswerte Soziale Unterstützung: hat negativen Effekt auf Depression

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen *(Fortsetzung)*

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Michelson & Sclare (2009) (UK)	*N*=49 UMF *N*=29 begleitete Flüchtlinge	57 %	*M*=16,3 J. (*SE*=1,2)	K. A.	Vorstellungsanlass	Im Vergleich mit begleiteten Flüchtlingen geben UMF mehr traumatische Erlebnisse an, PTBS wird häufiger diagnostiziert als bei begleiteten Flüchtlingen PTBS: 85 % Angst: 85 % Verlust eines Angehörigen: 96 % Depression: 76 % Verhaltensprobleme: 9 % Lernschwierigkeiten: 6 % Psychose: 4 %
Hodes et al. (2008) (UK)	*N*=78 UMF *N*=35 begleitete Flüchtlinge	66,7 %	13 – 18 J.	K. A.	IES HTQ BDSR	Im Mittel 6,5 kriegsbezogene Erlebnisse 61.5 % der männl. und 73.1 % der weibl. UMF erhöhtes Risiko für PTBS (IES) Prädiktoren: weibliches Geschlecht u. Lebensumstände mit wenig Unterstützung 11,5 % der männl. u. 23,1 % der weibl. UMF hohes Risiko für Depression (BDSR) Prädiktoren: weibliches Geschlecht, Herkunftsland
Batista Pinto Wiese und Burhorst (2007) (Niederlande)	*N*=59 UMF *N*=70 begleitete Flüchtlinge	59 %	11 – 18 J.	K. A.	Traumatische Erlebnisse Psychische Symptome bei Vorstellung Hypothese psychischer Störung durch Fallführenden	UMF: signifikant mehr Symptome u. psychische Störungen als begleitete Flüchtlinge Traumatische Erlebnisse: 96,6 % **Beschwerden bei Vorstellungsanlass:** Regulationsschwierigkeiten: 97 % Verhalten: 66 % Somatische Beschwerden: 64 % Angst: 59 % Depressive Gefühle: 56 % Lernschwierigkeiten: 47 % Halluzinationen: 27 % Beziehungsschwierigkeiten: 14 % **Hypothese über psychische Störung:** PTBS/Angststörung: 97 % Beziehungsstörung: 50 % Depression: 47 % Entwicklungsstörung: 24 % Borderline Persönlichkeitsstörung: 22 % Psychotische Störung: 15 % Somatisierungsstörung: 14 %

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen *(Fortsetzung)*

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Jensen et al. (2014) (Norwegen)	*N*=75 UMF	83 %	*M*=16,5 J. (*SE*=1,6)	ca. 6 Monate	HSCL-37 A SLE CPSS	Erhöhtes Risiko für PTSD (CPSS), Depression (HSCL-37 A), Ängste (HSCL-37 A)
Vervliet & Lammertyn (2014) (Belgien)	*N*=103 UMF	87 %	14 bis 17 J.	1 bis 2 Wochen	HSCL-37 A RATS DSSYR	Stark erhöhte Werte für: Ängste (HSCL-37 A): 26 % Depression (HSCL-37 A): 33 % PTSD (RATS): 48 %
Derluyn et al. (2008) (Belgien)	*N*=103 UMF *N*=1126 Migranten *N*=603 Nicht Migranten	K.A.	K.A.	1 Monat bis mehrere Jahre	SLE SDQ-Selbstbeurteilung RATS HSCL-37 A	UMF: erhöhtes Risiko für emotionale Probleme, Angstsymptome, Depressivität und PTBS, aber geringeres Risiko für Verhaltensprobleme
Derluyn und Brokaert (2007) (Belgien)	*N*=166 UMF	62,7 %	14 bis >18 Jahre	0 Monate bis > 2 J.	HSCL-37 A SDQ-Selbstbeurteilung RATS SLE CBCL SDQ-Fremdurteil	**Klinisch auffälliger Bereich** **HSCL37 A:** Angst: 17,9 % Depression: 32,8 % **SDQ-Selbstbeurteilung:** Emotionale Probleme: 29,1 % Verhaltensprobleme: 4,5 % Hyperaktivität: 3,7 % Probleme mit Gleichaltrigen: 12,7 % Prosoziales Verhalten: 1,7 % Gesamtscore: 9,8 % **RATS:** PTBS: 19,4 % **CBCL:** Internalisierende Probleme: 31,7 % Externalisierende Probleme: 22,8 % Gesamtscore: 25,2 % **SDQ-Fremdurteil:** Emotionale Probleme: 32,1 % Verhaltensprobleme: 25,7 % Hyperaktivität: 6,4 % Probleme mit Gleichaltrigen: 26,9 % Prosoziales Verhalten: 22,2 % Gesamtscore: 18,5 % Anzahl traumatischer Erlebnisse ist mit höheren Angst-, Depressions-, Verhaltensproblem- und PTBS-Werten assoziiert

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen *(Fortsetzung)*

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Bean et al. (2007) (Niederlande)	*N*=920 UMF *N*=1059 holländische Normstichprobe *N*=1294 belgische Flüchtlingskohorte	70,2	12–18 J.	2/3 weniger als 18 Monate	HSCL-37 A RATS SLE	SLE: *M*=6,3 Life Events; 85% Tod einer nahestehenden Person Verglichen mit Normstichprobe und Flüchtlingsstichprobe, geben UMF signifikant höhere Werte an für: HSCL-37 A Gesamtwert HSCL-37 A Internalisierung HSCL-37 A Angst HSCL-37 A Depression Gesamtscore RATS (PTBS) SLE UMF geben signifikant niedrigere Werte an für: HSCL-37 A Externalisierung
Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven (2007) (Niederlande)	*N*=582 UMF	73%	12–18 J.	4 bis 18 Monate	HSCL-37 A SLE RATS CBCL TRF	Erhöhte Werte bezüglich internalisierender Verhaltensauffälligkeiten und PTSS im Vergleich zu Kontrollgruppe niederländischer Jugendlicher
Geltman et al. (2005) (USA)	*N*=304 UMF	100%	K. A.	K. A.	HTQ CHQ	76% gaben an den Tod einer nahestehenden Person miterlebt zu haben. PTBS: 20% Gesundheit (CHQ): 90% gut, sehr gut oder exzellent CHQ-Werte signifikant niedriger für die Gruppe mit PTBS Symptomen, als für die ohne PTBS Symptome Direkte Verletzung eher mit PTBS assoziiert, Gefühl von Einsamkeit, Isolation und weniger Partizipation mit PTBS assoziiert

Anmerkungen: HSCL-37 A= Hopkins Symptoms Checklist-37 for Adolescents; SLE= Stressful Life Events Questionnaire; HTQ= Harvard Trauma Questionnaire; CHQ= Child Health Questionnaire, RATS= Reactions of Adolescents to Traumatic Stress; CBCL= Child Behavior Checklist; SDQ-Fremdbeurteilung= Strengths and Difficulties Questionnaire (Elternversion); SDQ-Selbstbeurteilung= Strengths and Difficulties Questionnaire (Selbstauskunft); DSSYR= Daily Stressors Scale for Young Refugees; CPSS= Child PTSD Symptom Scale; TRF= Teacher Report Form; BDSR= Birleson Depression Self-Rating Scale; IES= Impact of Event Scale; CESD-10= Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; CIDI= Composite International Diagnostic Interview; YSR= Youth Self-Report; SCWP= Scales for Children Afflicted by War and Persecution; WAI= Weinberger Adjustment Inventory; SHS= School Sleep Habits Survey; K.A.=keine Angabe; *M*=Mittelwert; *SE*=Standardabweichung

und 58,1 % (Jakobsen, Demott & Heir, 2014). Zudem zeigte sich, dass UMF eine ebenso hohe Lebenszufriedenheit wie die Vergleichsgruppen angaben (Seglem, Oppedal & Roysamb, 2014) und 90 % ihre Gesundheit als gut bis exzellent beschrieben (Geltman et al., 2005).

Risiko- und Schutzfaktoren

Die Anzahl an SLE (Jensen et al., 2015; Vervliet et al., 2014) und direkte körperliche Verletzung (Geltman et al., 2005) wurden als Prädiktoren für ein erhöhtes PTBS-Risiko identifiziert. Zudem zeigte sich weibliches Geschlecht als Prädiktor für PTBS und Depression (Völkl-Kernstock et al., 2014; Seglem,Oppedal & Raeder, 2011; Hodes et al., 2008). Auch Alltagsbelastungen (Oppedal & Idsoe, 2012; Seglem, Oppedal & Roysamb, 2014) stellen einen Risikofaktor für depressive Symptome dar.

Es zeigte sich, dass UMF, die Kontakt zu ihrer Familie im Heimatland hatten, mehr soziale Unterstützung angaben und geringere Depressionswerte aufwiesen (Oppedal & Idsoe, 2015).

Langzeitverlauf

Es konnten fünf Längsschnittstudien identifiziert werden, die Zeiträume von einem bis 3,4 Jahren umfassten und unterschiedlich große Stichproben (N=75 bis N=582) anhand von Fragebögen untersuchten. Drei Studien (Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007; Seglem, Oppedal & Raeder, 2011; Vervliet & Lammertyn, 2014) zeigten stabile Werte, die auf einen chronischen Verlauf der psychischen Auffälligkeiten bei UMF hindeuten. Jensen, Biorgo Skardalsmo und Spinhoven (2014) fanden ebenfalls stabile Werte, wiesen jedoch auf die große Varianz der Veränderung hin. Smid et al. (2011) fanden zusätzlich eine Gruppe mit PTBS mit verzögertem Beginn, die sich erst nach zwei Jahren im Gastland zeigte. In zwei Studien (Jensen, Biorgo Skardalsmo & Spinhoven, 2014; Vervliet & Lammertyn, 2014) zeigte sich ein Anstieg belastender Lebensereignisse bzw. Alltagsbelastungen der UMF mit negativen Auswirkungen auf das psychische Befinden.

Inanspruchnahme von Hilfen

Insgesamt wurden 16 Studien identifiziert, die sich mit Hilfsangeboten und Bedürfnissen der UMF auseinandersetzten. Auch Informationen von Seiten der Hilfeleister fanden teilweise Eingang (Luster et al., 2010; Miller, Irizarry & Bowden Blibst, 2013; Newbigging & Thomas, 2011; Sirriyeh, 2013) (s. Tab. 2). Die meisten Studien stammten aus Europa (n=12), drei aus den USA und eine aus Australien.

Ein großer Teil der Literatur (n=9) basiert auf qualitativen Arbeiten, zumeist anhand semistrukturierter Interviews relativ kleiner Stichproben. Insgesamt handelt es sich bei den untersuchten UMF um ein sehr heterogenes Klientel, was die Vergleichbarkeit über Studien hinweg erschwert. So wurden etwa von Abunimah und Blower (2010) in einer Studie vier Inanspruchnahme-Gruppen identifiziert: traumatisierte Kinder mit Gesundheitsproblemen (25 %), Kinder mit guter Gesundheit und höherer Wahrscheinlichkeit sich staatlicher Aufsicht zu entziehen (35 %), resiliente und hoch motivierte Kinder/Jugendliche (28 %) und Mädchen, die schwanger im Aufenthaltsland eintreffen und ein höheres Risiko haben, Opfer von sexueller Gewalt gewesen zu sein (12 %). Es zeigt sich, dass Bildung als Zugang zum neuen Aufenthaltsland auch von den UMF als zentral erachtet wird und entsprechende Forderungen nach mehr Sprachunterricht gestellt werden (Malmsten, 2014; Miller et al., 2013; Rania et al., 2014). Dies erscheint auch vor dem Hintergrund sinnvoll, dass mangelnde Sprachkenntnisse und die häufig nicht optimal erlebte Qualität von Dolmetschern als Barriere benannt werden (Malmsten, 2014; Newbigging & Thomas, 2011). Wiederholt wurde der Wunsch geäußert, mit anderen zusammenzuwohnen und kein Einzelzimmer zu haben (Malmsten, 2014; Sirriyeh, 2013). Als wesentlich für eine „good practice“ in der Arbeit mit Flüchtlingen wurden von Newbigging und Thomas (2011) zusammenfassend Faktoren identifiziert (s. Kasten 1), die auch für den Umgang mit UMF einen Rahmen darstellen können.

Diskussion

Es sollte eine systematische Übersicht gegeben werden, welche psychischen Auffälligkeiten UMF auch im Langzeitverlauf zeigen und ob dementsprechende Hilfsangebote bereit stehen bzw. wie diese angenommen werden.

Für die psychische Symptomatik zeigt sich, dass UMF eine Hochrisikogruppe sind, da sie viele traumatische Erfahrungen machen und ihnen bedeutsame Schutzfaktoren fehlen. Je nach eingesetzter Methode und Instrument zeigen etwa 20 % bis 80 % der UMF psychische Auffälligkeiten, zumeist PTSS und PTBS. Ein Screening auf PTSS ist bei der Arbeit mit UMF also unbedingt notwendig. Weiterhin werden depressive und Angstsymptome häufig, externalisierende Auffälligkeiten jedoch vergleichsweise selten berichtet. Bekannte Risikofaktoren für Depression und PTBS (Tuulikki Kultalahti & Rosner, 2008) wie weibliches Geschlecht und die Zahl traumatischer Erfahrungen konnten auch für die Population der UMF repliziert werden. Dies deckt sich mit Befunden, dass Kinder/Jugendliche mit Migrationshintergrund in Europa generell Tendenzen zu internalisierenden Störungen zeigen (Belhadj Kouider, Koglin & Petermann, 2014). Durch das fehlende unterstützende Umfeld einer Familie

Tabelle 2. Studien zur Inanspruchnahme von Hilfen

Studie	Stichprobe	Methoden	Ergebnisse
Abunimah & Blower, 2010	*N*=100, w: 53 % 15 – 18 J. Herkunftsregionen: Afrika (83 %), Osteuropa (11 %), Asien (6 %)	qualitative thematische Aktenanalyse	Unterbringung: 95 % zunächst Hostel, 70 % bleiben dort Ohne Erlaubnis aus Betreuung entfernt: 22 % (mehr Jungen: 32 % vs. 13 % b. Mädchen) Bei Beschulung: 38 % Absentimus, v. a. Angstsymptomatik In Heimunterbringung wenig Unterstützung durch Erwachsene Sexuelle Aufklärung notwendig, Unterstützungsprogramme für junge Mütter
Bean et al., 2006	*N*=920, w: 28,7 %, Alter: 10 – 18, (*M*=15,48, *SE*=1,52), Herkunftsregion: Afrika: 80,8 %	Fragebögen	57,8 % Bedarf psychiatrischer Betreuung Vormünder und Lehrer erkennen emotionalen Stress in 21 % der Betroffenen Nur 6,3 % Übereinstimmung zwischen Jugendlichen und Helfern über Bedarf für psychiatrische Behandlung
Chase, 2010	*N*=54, Alter: 11 – 23 J.	Interviews	Stigma: Benennung als Asylsuchender, Misstrauen gegenüber Sozialarbeitern
Geltman et al., 2008	*N*=304, w: 16 % Alter: *M*=17,6 Sudan	Fragebögen	Inanspruchnahme von Beratung: kein Unterschied ob PTBS vorhanden oder nicht Medizinische Behandlung für Verhaltens- oder emotionale Probleme: 76 %
Majumder et al., 2014	*N*=15, w: 6,7 % Alter: 15 – 18 J.,	Interview, thematische Analyse	Negative Einstellungen der Jugendlichen zu psychischen Problemen Skepsis gegenüber psychiatrischen Hilfen, pharmakologische Behandlung häufig akzeptierter Misstrauen gegenüber staatlichen Einrichtungen
Luster et al., 2010	*N*=19, w: 10,5 % Alter: *M*=15 (SE: 2,34) bei Aufnahme, nun 18 – 26 Jahre (*M*=22, *SD*=2.31) Sudan 20 Pflegeltern	Semi-strukturiertes Interview	Indikatoren für Erfolg f. Jugendliche: Arbeit oder Ausbildung/Schule, Pflegeeltern als Unterstützer in einem neuen System wahrgenommen Kontakt zu anderen UMFs, etwa auch aus selber Region: wichtige soziale Unterstützung
Luster et al., 2009	s.o.	s.o.	kein gutes Verhältnis zu Pflegeeltern: 31,6 % jünger und länger an einem Ort: stärkere emotionale Bindung Schwierigkeiten Autorität von Pflegeeltern in Erziehung anzunehmen Meiste Streitigkeiten: kulturelle Unterschiede 55,6 % im Verlauf von Pflegeeltern entweder in Heimeinrichtung oder unabhängig Verbesserung des Trainings von Pflegeeltern, Einrichtungen von Gruppen
Malmsten, 2014	*N*=11, w: 0 % 14 – 17 J. 9 Afghanistan, 2 Somalia	Semistrukturiertes Interview	Konkrete Aktivitäten für Wohlbefinden wichtig Schulbesuch und Erlernen der fremden Sprache zentral Sorgen um andere UMFs, Miterleben von Deportation anderer: Angst Mehrere UMFs in einem Zimmer: Sprechen über Ängste und Erfahrungen Positiv: Angebot etwas zu essen bei Ankunft Personal der Einrichtung geschätzt Unzufriedenheit sowohl von UMFs als auch von Personal mit Dolmetschern

Tabelle 2. Studien zur Inanspruchnahme von Hilfen *(Fortsetzung)*

Studie	Stichprobe	Methoden	Ergebnisse
Miller et al., 2013	*N*=17, w: 0%, Alter: 14–18 J., Afghanistan 22 „carers“	Semistrukturiertes Interview	Betreuer mit anderer ethnischer Zugehörigkeit als objektiver wahrgenommen Psychologische Hilfestellung: Betreuer erleben sich als insuffizient Jugendliche: hohe Motivation Sprache zu lernen, Ausbildung zu machen, Ziel: Familie holen Mit 18 keine Unterstützung mehr durch staatliche Agenturen
Newbigging & Thomas, 2011	*N*= 20, w: 60% Alter: 10–18 J, 108 Fragebögen von Institutionen	Fokusgruppe, Fragebögen	Von Einrichtungen v. a. Sprachbarrieren als problematisch geschildert Sicherheit und Stabilität wichtig
Reijneveld et al., 2005	*N*= 122, w: 32,8%, Alter:*M*=16	Fragebögen	Vergleich zwischen restriktiverem und lockerem Setting: mehr Psychopathologie v.a bei Mädchen in restriktiverem Setting
Sanchez-Cao et al., 2012	*N*=71, w: 32,4%, Alter: median: 17 Afrika: 54,9%	Fragebögen	nur 17% Kontakt zu Mental Health Service
Sirriyeh, 2013	*N*=21, w=0% Alter: 13–18 J. *N*=23 Pflegeeltern	Interviews & Fokusgruppe	Empfang in Familie wichtig: Essen, Willkommen heißen Verschiedene Grade der subjektiv erlebten Zugehörigkeit zu Pflegefamilien Wunsch sich Zimmer zu teilen, native Speisen anbieten
Rania et al., 2014	*N*=10, w: 0% Alter: *M*=19 (bei Eintreffen *M*=16),	Semistrukturierte Interviews	Netzwerke direkt nach Ankunft: Menschen, die sie bereits vor der Flucht kannten und neue Kontakte (v. a. Menschen aus Heimatländern) Schulische Maßnahmen positiv bewertet, Wunsch nach mehr Sprachunterricht
Hodes et al., 2008	*N*=78, w: 32,9% Alter *M*=17,0 (13–18) Europa: 33,4% Afrika: 55,2%, mittlerer Osten: 9%, Asien: 1,3%, Südamerika: 1,3%	Strukturiertes Interview, Fragebögen	Lebenssituation: Selbstständig: 33,3% Teil-selbstständig: 21,8% Pflegefamilie: 41% Kinderheim: 3,8% Höhere PTBS Werte bei UMF, die selbstständig oder teil-selbstständig leben
Michelson & Sclare, 2009	*N*=49 Alter *M*=16,29 (*SE*=1,24) Afrika: 82%, Asien: 6%, Europa: 12%,	Daten aus klinischem Archiv	Vorstellungen beim Young Refugee Mental Health Project Lebenssituation: Hostel (29%), Haus/Wohnung (54%), betreutes Wohnen (10%), Heimeinrichtung (6%) Bedarf an Case Management: Juristische Unterstützung (40%), Unterstützung bei Haushaltsführung (30%), Zusammenarbeit mit dem „National Asylum Support Service“ (13%), Zusammenarbeit mit Schule /College (9%), Hilfe bei Zugang zu Freizeitmöglichkeiten (23%), Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter (34%)

Kasten 1. Prinzipien der good practice in der Arbeit mit Asylsuchenden und Flüchtlingen (nach Newbigging & Thomas, 2011)

- Humanistischer, personenzentrierter Zugang und lösungsorientierte Antworten
- Respekt für kulturelle Identität und Migrationserfahrungen
- Gegen Diskriminierung und für Förderung der Gleichheit
- Entscheidungen schnell und transparent unter Einbezug der Beteiligten (auch deren Vormünder) kommunizieren
- Förderung von Integration und Unabhängigkeit
- Verfolgung eines ganzheitlichen Ansatzes: Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen zur Überwindung institutionalisierter Barrieren.

sind UMF besonders vulnerabel und bedürfen spezieller Unterstützung im Aufnahmeland.

UMF gaben im Selbstbericht konsistent weniger externalisierende Auffälligkeiten als Vergleichsgruppen an. Jedoch ist bekannt, dass gerade Verhaltensauffälligkeiten im Selbstbericht unterschätzt werden. Drei Studien bezogen ein Fremdurteil mit ein, wobei in zweien erhöhte Werte für UMF berichtet wurden (Derluyn & Brokaert, 2008; Thommessen et al., 2013). Es bleibt damit unklar, wie ausgeprägt Verhaltensauffälligkeiten in der Gruppe der UMF tatsächlich sind. Insgesamt leidet die Vergleichbarkeit der Studien durch die Verwendung verschiedener Verfahren. Bei der Verwendung desselben Verfahrens (z. B. HSCL-37) scheinen die Werte jedoch auch für Stichproben verschiedener Aufnahmeländer durchaus vergleichbar (bspw. Bronstein et al., 2011; Jensen et al., 2015; Vervliet et al., 2014).

Trotz widriger Bedingungen findet sich ein substanzieller Anteil resilienter UMF, der angesichts potentiell traumatischer Erfahrungen keine psychischen Auffälligkeiten zeigt. Eine genaue Schätzung scheint nicht möglich, jedoch bewegt sich dieser Anteil in den dargestellten Studien um die 50 %. Als Schutzfaktor wird soziale Unterstützung, ein aus Trauma- und Misshandlungsforschung bekannter Resilienzfaktor (Afifi & Macmillan, 2011), berichtet. Kontakt zur Familie im Heimatland wirkt sich protektiv aus, was gerade für die Praxis relevant ist. Darüber hinaus scheint die Gruppe der UMF sehr heterogen zu sein, sodass spezifische Subgruppen möglicherweise bestimmte Schutzfaktoren aufweisen (Seglem , Oppedal & Roysamb, 2014). Zur Identifikation protektiver Faktoren sind daher unbedingt weitere, vor allem prospektive Studien, notwendig.

Die Ergebnisse der Studien zum Langzeitverlauf zeigen insgesamt eine hohe Stabilität psychischer Auffälligkeiten bei UMF und weisen auf einen chronischen Verlauf der Symptomatik bei dieser speziellen Gruppe hin. Zusätzlich wurde ein Anstieg belastender Lebensereignisse und -umstände im Verlauf gefunden (Jensen et al., 2014; Vervliet & Lammertyn, 2014), der dazu beiträgt, dass trotz sicherer Lebenssituation eine Erholung bei bereits bestehender Psychopathologie kaum möglich scheint. Smid et al. (2011) wiesen zusätzlich auf eine Gruppe von UMF mit PTBS mit verzögertem Beginn hin. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein standardmäßiges Monitoring der Psychopathologie bei UMF über längere Zeit hinweg wichtig und sinnvoll wäre, um ihren Bedürfnissen mit geeigneten Hilfs- und ggf. Behandlungsangeboten begegnen zu können.

Für die Inanspruchnahme von Hilfen zeigen sich je nach Studie und Land große Differenzen. Trotz der geschilderten hohen psychischen Belastung wurde etwa in einer Studie berichtet, dass über die Hälfte der UMF selbstständig oder teil-selbstständig leben (Hodes et al., 2008), ein Befund, der sich mit der Unterbringung in Hostels in anderen Studien (Abunimah & Blower, 2010; Michelson & Sclare, 2009) deckt. Dennoch wurde in mehreren Studien der Wunsch nach Zimmergenossen sowie kultureller Einbettung berichtet (Abunimah & Blower, 2010; Luster et al., 2010; Malmsten, 2014; Newbigging & Thomas, 2010; Rania et al., 2014), auch wenn das Zusammenleben mit anderen UMF die Gefahr in sich birgt, bei Abschiebungen befreundeter UMF negative Erfahrungen zu machen, etwa, dass die eigene Angst vor Abschiebung steigt (Malmsten, 2014). Für die Praxis könnte dies ein Argument sein bei der Verteilung der UMF auf die Bildung von Gruppen aus demselben Kultur- oder Sprachkreis zu achten. In einigen Studien wird die hohe Motivation der Jugendlichen deutlich, die Schule zu besuchen und die Sprache des Gastlandes zu lernen (Luster et al., 2010; Malmsten, 2014; Miller et al., 2013; Rania et al., 2014). Dies mag auch durch den Wunsch begründet sein die Familie ins Gastland zu holen (Miller, Irizarry & Bowden Blibst, 2013).

Insgesamt fällt auf, dass die Mehrzahl der Studien aus Europa stammt (Norwegen, Schweden, Belgien, Niederlande, Großbritannien, Österreich). Das mag an der von uns gesetzten Grenze (Studien ab dem Jahr 2004) und den dadurch abgebildeten, aktuellen Migrationswegen begründet sein, eine Annahme, die dadurch untermauert wird, dass die meisten UMF in den geschilderten Studien aus Afrika oder Afghanistan stammen. Insgesamt sind viele der zitierten Studien durch kleine Stichproben charakterisiert, was die Aussagekraft limitiert. Mehrfach wurde geschildert, dass viele angefragte UMF nicht teilnehmen wollten, was möglicherweise mit Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen begründet ist (Majumder et al., 2014).

Die Auswahl der Arbeiten wurde auf Studien ab dem Jahr 2004 beschränkt, um die aktuelle Situation der UMF

zu beschreiben, weshalb auch darauf verzichtet wurde Arbeiten, die die Folgen der Verschickung von Kindern in/nach dem 2. Weltkrieg schilderten, aufzunehmen. Durch diese Fokussierung sollte ein klares Bild der aktuellen Situation geschaffen werden. Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine hohe Heterogenität in den zitierten Studien hinsichtlich der verbrachten Zeit im Aufenthaltsland besteht. Zudem wurden die meisten Ergebnisse der Studien mit Screeningverfahren erzielt und sind daher nicht mit klinisch gestellten Diagnosen gleichzusetzen.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

In dieser Übersichtsarbeit wird deutlich, dass es sich bei UMF um eine psychisch schwer belastete Gruppe handelt, die auf weniger Schutzfaktoren zurückgreifen kann als andere Migranten. Angesichts der steigenden Zahl an UMF weltweit und auch in Deutschland muss dieser Thematik mehr Augenmerk in der Forschung zugestanden werden. Hauptsächlich zeigen sich bei UMF PTSS, aber auch Angst- und Depressionssymptome, die sich als relativ stabil erweisen. In der Praxis sollte somit immer auf diese Symptome geachtet werden und ggf. eine Therapie erfolgen. Nicht alle UMF zeigen psychische Auffälligkeiten, so kann ein substantieller Anteil als resilient bezeichnet werden. Dennoch ist die Aktivierung von Resilienzfaktoren wie soziale Unterstützung, die auch durch Kontakt zur Familie im Heimatland geleistet werden kann, wichtig. Hier zeigt sich, dass bislang zu wenig Forschung in diesem Bereich erfolgt ist. Es gibt zu denken, dass im Rahmen der Übersichtsarbeit keine Originalarbeiten aus Deutschland identifiziert werden konnten. Es scheint hier ein großer Nachholbedarf zu bestehen, will man die Situation von UMF in Deutschland differenziert erfassen, mit dem Ziel die Betreuung dieser vulnerablen Klientel zu optimieren.

Literatur

Abunimah, A. & Blower S. (2010). The circumstances and needs of separated children seeking asylum in ireland. *Child Care in Practice, 16,* 129 – 146.

Afifi, T. O. & Macmillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry, 56,* 266 – 272.

Batista Pinto Wiese, E. & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry, 44,* 596 – 613.

Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195,* 288 – 297.

Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe E. & Spinhoven P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Social Science & Medicine, 64,* 1204 – 1215.

Bean, T., Eurelings-Bontekoe E., Mooijaart A & Spinhoven P. (2006). Factors Associated with Mental Health Service need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Adinistration and Policy in Mental Health Services Research, 33,* 342 – 355.

Belhadj Kouider, E.B., Koglin, U. & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children in Europe: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry, 23,* 373 – 391.

Bronstein, I. & Montgomery, P. (2013). Sleeping patterns of afghan unaccompanied asylum-seeking adolescents: A large observational study. *PLoS ONE, 8,* e56156.

Bronstein, I., Montgomery, P. & Dobrowolski, S. (2011). PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress, 25,* 551 – 557.

Bronstein, I., Montgomery, P. & Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22,* 285 – 294.

Chase, E. (2010). Agency and silence: Young People Seeking Asylum Alone in the UK. *British Journal of Social Work, 40,* 2050 – 2068.

Derluyn, I. & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health, 12,* 141 – 162.

Derluyn, I., Broekaert, E. & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17,* 54 – 62.

Eberle-Sejari, R., Nocon, A. & Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen – ein systematischer Review. *Kindheit und Entwicklung, 24,* 156 – 169.

European Asylum Support Office (EASO). (2013). Age assessment practice in Europe. Retrieved April 30, 2015, from *https://easo.europa.eu/wp-content/uploads/EASO-Age-assessment-practice-in-Europe.pdf*

Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet, 36,* 1309 – 1314.

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

Geltman, P. L., Grant-Knight W., Ellis H. & Landgraf J.M. (2008). The „Lost Boys" of Sudan: Use of Health Services and Functional Health Outcomes of Unaccompanied refugee Minors Resettled in the U.S. *Journal of Immigrant Minority Health, 10,* 389 – 396.

Geltman, P.L., Grant-Knight, W., Mehta, S.D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J.M. & Wise, P.H. (2005). The „Lost Boys of Sudan" Functional and Behavioral Health of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 159, 6,* 585 – 591.

Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N. & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unac-

companied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 49,* 723 – 732.

Huemer, J., Karnik, N. & Steiner, H. (2009). Unaccompanied refugee children. *The Lancet, 373,* 612 – 614.

Huemer, J., Karnik, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B, Friedrich, M.H. & Steiner, H. (2011) Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria. *Child Psychiatry and Human Development, 42,* 307 – 319.

Huemer, J., Voelkl-Kernstock, S., Karnik, N.S., Denny, K.G., Granditsch, E., Mitterer, M., Humphreys, K., Plattner et al. (2013) Personality and Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors: Repression, Resilience and Vulnerability. *Child Psychiatry and Human Development, 44,* 39 – 50.

Jakobsen, M., Demott, M.A.M & Heir, T. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 10,* 53 – 58.

Jensen, T. K., Fjermestad K. W., Granly, L. & Wilhelmsen N.H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 20,* 106 – 116.

Jensen, T. K., Biorgo Skardalsmo E. M. & Spinhoven P. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8,* 1 – 10.

Luster, T., Qin D., Bates L., Rana M. & Jung A.L. (2010). Successful adaption among Sudanese unaccompanied minors: Perspectives of youth and foster parents. *Childhood, 17,* 197 – 211.

Luster T., Saltarelli A.J., Meenal R., Qin D.B., Bates L. & Burdick K. (2009). The Experiences of Sudanese Unaccompanied Minors in Foster Care. *Journal of Family Psychology 23,* 386 – 395.

Majumder P., O'Reilly M., Karim K. & Vostanis P. (2014). ‚This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal of Social Psychiatry.* doi: 10.1177/0020764014537236.

Malmsten J. (2014). Unaccompanied children living in transitional houses – voices from Sweden. *International Journal of Migration Health and Social Care, 10,* 18 – 35.

Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology, 19*, 921 – 930.

Michelson, D. & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14,* 273 – 296.

Miller K., Irizarry C. & Bowden Blibst M. (2013). Providing culturally safe care in the best interests of unaccompanied humanitarian minors. *Journal of Family Studies, 19,* 276 – 284.

Müller, A. (2014). *Unbegleitete Minderjährige in Deutschland.* Zugriff am 30. 04. 2015 unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp60-minderjaehrige-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile

Newbigging K. & Thomas N. (2011). Good practice in social care for refugee and asylum-seeking children. *Child Abuse Review, 20,* 374 – 390.

Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56*, 255 – 263.

Oppedal, B. & Idsoe, T. (2012). Conduct Problems and Depression among Unaccompanied Refugees: The Association with Pre-Migration Trauma and Acculturation. *Anales de Psychologia, 28,* 683 – 694.

Oppedal, B. & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology, 56,* 203 – 211.

Parusel, B. (2009). *Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland -Aufnahme, Rückkehr und Integration.* Zugriff am 15. 06. 2015 unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-Working-Paper/emn-wp26-unbegleitete-minderjaehrige-de.pdf?__blob=publicationFile

Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A. & Johansson, B.A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus, 4, 131.*

Rania, N., Migliorini, L., Sclavo, E., Cardinali, P. & Lotti, A. (2014). Unaccompanied Migrant Adolescents in the Italian Context: Tailored Educational Interventions and Acculturation Stress. *Child & Youth Services, 35,* 292 – 315.

Reijneveld, S.A., de Boer, J.B., Bean, T. & Korfker, D.G. (2005). Unaccompanied adolescents seeking asylum. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193,* 759 – 761.

Sanchez-Cao, E., Kramer, T. & Hodes, M. (2012). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child: Care,Health and Development, 39,* 651 – 659.

Seglem, K.B., Oppedal, B. & Raeder, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*, 457 – 464.

Seglem, K.B., Oppedal, B. & Roysamb, E. (2014). Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country. *International Journal of Behavioral Development, 38,* 293 – 303.

Sirriyeh A. (2013). Hosting strangers: hospitality and family practices in fostering unaccompanied refugee young people. *Child and Family Social Work, 18,* 5 – 15.

Smid, G.E., Lensvelt-Mulders, G.J.L.M., Knipscheer, J.W., Gersons, B.P.R & Kleber, R.J. (2011). Late-Onset PTSD in unaccompanied refugee minors: Exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40,* 742 – 755.

Statistisches Bundesamt (2014). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R. & Todd, B.K. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review, 35,* 7 – 10.

Tuulikki Kultalahti, T. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung, 17,* 210 – 218.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2014). *Global Trends 2013.* Genf: UNHCR.

Vervliet, M., Meyer Demott, M.A., Jakobsen, M., Brokaert, E., Heir, T. & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology, 55,* 33–37.

Vervliet, M. & Lammertyn, J. (2014) Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child Adolescent Psychiatry, 23,*337–346.

Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Mitterer-Asadi, M., Granditsch, E., Steiner, H., Friedrich, M.H. & Huemer, J. (2014). Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatry, 28,* 6–11.

Ziegler, A., Antes, G. & König, I.R. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *Deutsche medizinische Wochenschrift, 136,* e9-e15.

Dipl.-Psych. Andreas Witt
Dipl.-Psych. Miriam Rassenhofer
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
PD Dr. Paul L. Plener

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universität Ulm
Steinhövelstraße 5
80975 Ulm
E-Mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de