

Evangelische Hochschule Nürnberg

Fakultät für Sozialwissenschaften

Studiengang Heilpädagogik Dual

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Probleme sehen, Probleme verstehen

Entwicklung eines diagnostischen
Screeningverfahrens für unbegleitete minderjährige
Flüchtlinge zur ersten Einschätzung pathologischer
Reaktionen als Folge erlebter Traumata

Verfasser: Oliver Bandorf

Erstgutachterin: Fr. Jutta Oertel

Zweitgutachter: Hr. Prof. Dr. Dieter Lotz

Abgabetermin: 30.10.2016

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE	4
2.1	BEGRIFFSBESTIMMUNG UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE	4
2.2	RECHTLICHER STATUS UNBEGLEITETER MINDERJÄHRIGER FLÜCHTLINGE	6
3	KINDER AUF DER FLUCHT: BESONDERE VULNERABILITÄT UNBEGLEITETER MINDERJÄHRIGER FLÜCHTLINGE	8
4	TRAUMA	11
4.1	PSYCHOTRAUMA	12
4.2	DIE TRAUMATISCHE ZANGE	14
4.2.1	VORSTUFE DER FREEZE-REAKTION	15
4.2.2	DIE FREEZE-REAKTION/DER TOTSTELLREFLEX	16
4.2.3	AUSWIRKUNGEN DER NOTFALLREAKTION	19
4.3	SEQUENTIELLE TRAUMATISIERUNGSPROZESSE	21
5	TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN	25
5.1	POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	26
5.2	KOMORBIDE STÖRUNGEN	31
5.3	KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	32
6	STUDIEN ZUM THEMA UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE & TRAUMA	32
7	HEILPÄDAGOGISCHE DIAGNOSTIK BEI UNBEGLEITETEN MINDERJÄHRIGEN FLÜCHTLINGEN	36
7.1	QUANTITATIVE STUDIE ZUM KOHÄRENZWERT BEI UNBEGLEITETEN MINDERJÄHRIGEN FLÜCHTLINGEN	39
7.1.1	AUSWERTUNG	40
7.1.2	INTERPRETATION UND RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS	40
7.2	DIAGNOSTISCHE BEURTEILUNGSVERFAHREN	42
7.2.1	INHALTLICHER AUFBAU, HANDHABUNG UND AUSWERTUNG DES SCREENINGVERFAHRENS FÜR UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE (SUMF)	48
7.2.2	INHALTLICHER AUFBAU, HANDHABUNG UND AUSWERTUNG DES STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)	49
8	RESÜMEE	51
	LITERATURVERZEICHNIS	54
	ANHANG	58
	ANHANG 1_FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG	58
	ANHANG 2_FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG IN PERSISCH	62
	ANHANG 3_GRAFISCHE DARSTELLUNG DER FRAGEBÖGEN ZUM SOC	64
	ANHANG 4_FLUCHTSPEZIFISCHE BELASTUNGEN UND ENTLASTENDE FAKTOREN	64
	ANHANG 5_RESILIENZFAKTOREN	65
	ANHANG 6_SCREENINGVERFAHREN FÜR UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE_SUMF	67
	ANHANG 7_FRAGEBOGEN ZU STÄRKEN UND SCHWÄCHEN (SDQ-DEU) ELTERN 4-17	71

1 Einleitung

Die sogenannte Flüchtlingskrise ist allgegenwärtig und in zahlreichen Print- und elektronischen Medien (FAZ, Focus, N24, Stern, ARD, ZDF, etc.) vertreten. Es wird über einen massiven Anstieg dieser Personengruppe in Deutschland und in anderen sicheren europäischen Ländern konstatiert, was UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) mit Zahlen und Fakten belegt (UNHCR-the UN Refugee Agency, 2016). Die UNO-Flüchtlingshilfe veröffentlichte auf ihrer Homepage für sich sprechende Tatsachen und legt offen, dass Ende 2014 eine Vielzahl (59,5 Millionen) von Menschen auf der Flucht gewesen ist. Dies sei die höchste jemals von UNHCR verzeichnete Zahl. 2014 flohen somit 42.500 Menschen pro Tag. Hierunter waren weltweit 50 % Kinder. Daneben verringerte sich die Zahl der Menschen die in ihre Heimat zurückkehren konnten um 126.800, was in den letzten 31 Jahren die schlechteste Quote darstellt (UNO-Flüchtlingshilfe). Auf der einen Seite stehen die Aufnahme- beziehungsweise Exilländer, Regionen und Kommunen, die sich mit der schwierigen und wichtigen Aufgabe der sogenannten Flüchtlingskrise beschäftigen müssen und auf der anderen Seite stehen hinter dem Begriff „Flüchtlinge“ eine Vielzahl von Individuen mit ganz eigenen Geschichten, Erfahrungen und Bedürfnissen. Da es den Flüchtling an sich nicht gibt und es Unterschiede in Bezug auf Alter, Ethnie, Religion, Nationalität, Fluchtgründe, Fluchterfahrungen, et cetera zu berücksichtigen gibt, muss in Folge dessen zuerst eine grobe Differenzierung zwischen Erwachsenen, Minderjährigen und Minderjährigen ohne Begleitung erfolgen. In der Konsequenz ergeben sich aus dieser Unterscheidung verschiedene Bedarfe, die in der Betreuung und Unterbringung berücksichtigt werden müssen. Meist fallen unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) durch die Maschen des europäischen Systems, da dieses nach dem Flüchtlingsstrom 2015 ohnehin schon am Rande des Kollaps steht. Nach einem Bericht des Handelsblatt, stellt besonders die Betreuung dieser Personengruppe eine der größten Herausforderungen der gegenwärtigen Flüchtlingskrise dar (Handelsblatt, 2016). Was haben diese Menschen auf ihrer meist langen und beschwerlichen Reise erleben und erfahren müssen und welche Auswirkungen und Konsequenzen haben diese Erfahrungen zur Folge? Neben Kindern, Alten und Kranken stellen umF ebenfalls eine besonders schutzbedürftige Gruppe dar, da sie ohne familiäre Bezugspersonen unterwegs sind, meist nicht den Reifegrad eines Erwachsenen aufweisen und diversen Situationen schutzloser ausgeliefert sind. Die Zahl

der sogenannten umF belief sich im Jahr 2014 auf gerade einmal 5% aller in Westeuropa eingereisten Flüchtlinge. In Deutschland wurden circa 10.000 umF durch die Jugendämter in Obhut genommen (Diakonie). „Im Jahr 2013 sind 5.548 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland durch die Jugendämter in Obhut genommen worden“ (Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V., S. 1). Die Grafik in Abbildung 1 zeigt den enormen Anstieg dieser Personengruppe in Deutschland nochmal deutlich auf und rechtfertigt somit unter anderem die Auseinandersetzung mit dieser Klientel.

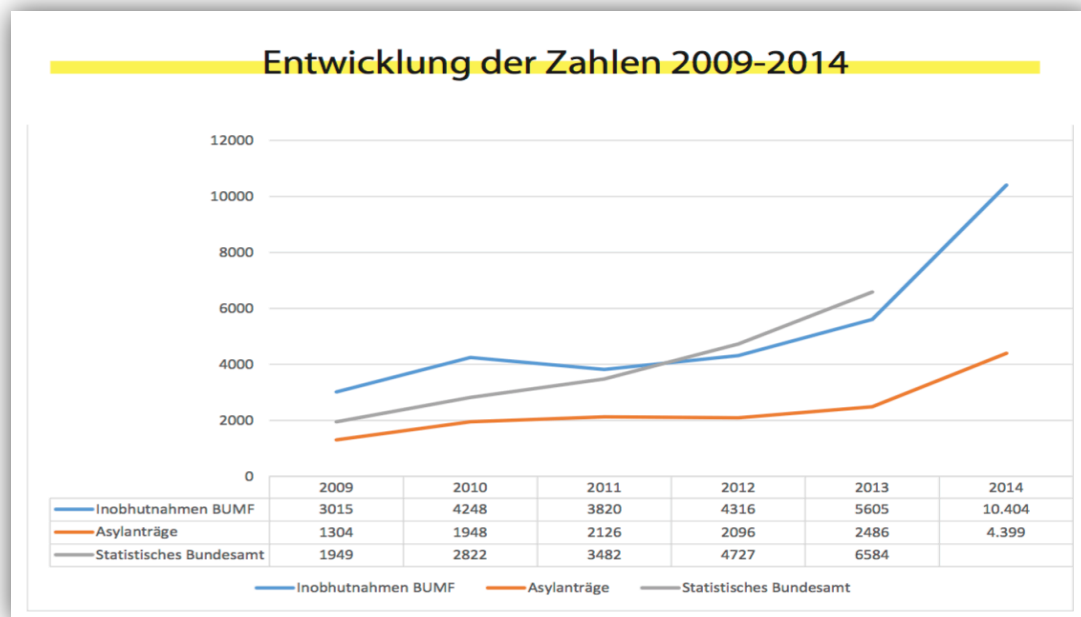


Abbildung 1_Entwicklung der Zahlen 2009-2014

(Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V., 2015, S. 3)

Aus heilpädagogischer Sicht stellt sich die interessante Frage, wie diese jungen Menschen eine solche Flucht überstehen können bzw. überstanden haben. Welche Ressourcen, Coping-Strategien und Resilienzen stehen dieser Personengruppe¹, die mittlerweile auch als unbegleitete minderjährige Ausländer (umA) bezeichnet werden, zur Verfügung und wie sind diese messbar? Diese Ausgangsfrage führte zu einer eigens durchgeführten quantitativen Studie mit umF aus dem Jugendhilfzentrum „Maria Schutz“, welche in Punkt 7.1 ausführlich beschrieben wird. Für das angestrebte

¹ „Unbegleitete minderjährige Ausländer sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die ohne einen Sorgeberechtigten allein als Flüchtlinge nach Deutschland einreisen. Nach der UN-Kinderrechtskonvention gelten UMA als gleichwertig zu deutschen Kindern und Jugendlichen. Sie haben als Minderjährige in Deutschland Anspruch auf Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII), d.h. sie müssen vom ansässigen Jugendamt in Obhut genommen werden, es müssen eine Vormundschaft eingeleitet und Hilfen zur Erziehung beantragt werden“ (agiua.de).

Vorhaben bot sich die Theorie der Salutogenese, die einen Gegenpol zur Pathogenese darstellt, an. Diese beschäftigt sich mit der Frage, was Menschen gesund hält. Als Messinstrument gibt es den Fragebogen zur Lebensorientierung, mit dessen Hilfe sich das Kohärenzgefühl ermitteln lässt, welches Aaron Antonovsky als *„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß*

1. *die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;*
2. *einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*
3. *diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“*
(Antonovsky, 1997, S. 36)

beschreibt. Während der Auswertung und Interpretation, spätestens beim Resümieren ergab sich die Frage der Indikation. Was bringt die Erkenntnis den jungen Menschen und den Heilpädagogen, wenn diese Personengruppe trotz ihrer potenziell überdurchschnittlichen Resilienz krank oder psychisch beeinträchtigt ist. Dieser Reflexionsprozess initiierte eine Neubetrachtung und -bewertung dieser Klientel und ergab einen anderen Schwerpunkt in der Fragestellung. Um dieser besonderen Personengruppe helfen zu können, muss gefragt werden, mit welchen Risikofaktoren diese belastet sind, wie hoch der Grad der Vulnerabilität ist und welche Auswirkungen die spezifischen Erfahrungen der jungen Flüchtlinge haben. Hierfür braucht es ein Screeninginstrument beziehungsweise Screeningverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zur ersten Einschätzung pathologischer Reaktionen als Folge erlebter Traumata, welches im Alltag anwendbar ist. Die Ausgangsthese für dieses Verfahren ist die breit gefächerte Meinung, dass es eine hohe Punktprävalenz in Bezug auf Traumatisierung bei umF gibt und diese beziehungsweise die Folgestörungen aufgrund diverser Faktoren häufig nicht erkannt werden, was die Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse Waltraut Wirtgen schon 2009 unter der Überschrift *„Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“* publizierte (Wirtgen, 2009).

2 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

UmF finden sich in den aktuellen Berichterstattungen der Medien kaum wieder, da diese besondere Personengruppe nur einen verhältnismäßig kleinen Teil der Flüchtlinge ausmacht. Trotz der vergleichsweise kleinen Zahl ging es 2014 um 10.404 Menschen, die aufgrund ihres Status einen besonderen Hilfebedarf zugesprochen bekamen (Abbildung 1). Somit musste und muss sich Deutschland auch weiterhin mit dem Thema umF auseinandersetzen. Laut einer Pressemitteilung des „Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V.“ (BumF) gibt es Ende Januar 2016 alleine in Deutschland 60.162 umF. Die Zahlen von 2013 haben sich somit fast mit dem Faktor elf multipliziert. Darüber hinaus wurden 7.721 Anträge auf Hilfe für junge Volljährige bewilligt. Diese ehemaligen umF befinden sich somit weiterhin in der Jugendhilfe (Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, 2016). In Fachkreisen (Mitarbeiter des Jugendamts, Pädagogen in den Jugendhilfeeinrichtungen, Vormünder, Vertreter diverser Schulen, Mitarbeiter der Regierung, Verbände etc.) wird dieses Thema intensiv und kontrovers diskutiert, da gerade die Praxis mit der adäquaten Unterbringung und Betreuung überfordert zu sein scheint. Auf diesen Tatbestand wird im Verlauf der Arbeit noch genauer eingegangen. In der Fachliteratur findet sich folgende Beschreibung, welche die spezifischen Eigenschaften und individuellen Bedarfe antizipieren lässt. *„UmF fliehen aus ihren Heimatorten vor Krieg, bewaffneten Konflikten, Diskriminierung und Verfolgung. Andere wiederum werden von ihren Familien auf den Weg geschickt, um der Armut zu entkommen. Sie fliehen als Minderjährige und leben nach ihrer Flucht ohne Angehörige in einem völlig fremden Land und mit einer ungewissen Zukunft“* (Schmieglitz & u.a., 2014, S. 7). Die eben zitierten Gründe führen zu einer meist einheitlichen Überzeugung, dass umF aufgrund ihrer Geschichte und Erfahrungen (zum Beispiel Defizite in den Grundbedürfnissen, das aktive oder passive Erleben von Gewalt und Misshandlungen, der Verlust von familiären Bindungen, sozialer und/oder politischer Druck) spezifische Bedürfnisse im sozialen, psychischen und physischen Bereich aufweisen. Im Folgenden soll genauer betrachtet werden, wie sich die Gruppe umF charakterisieren lässt und welche spezifischen Bedürfnisse sich daraus für diese ergeben.

2.1 Begriffsbestimmung unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Um sich mit der Klientel umF beschäftigen zu können, ist es von enormer Wichtigkeit die Unterschiede zu normalen Flüchtlingen klar zu benennen, diese zu definieren und abzugrenzen. In dessen Zuge wird eine genaue Begriffsbestimmung erfolgen, um diesem

Personenkreis gerecht werden zu können. Als „unbegleitet“ gelten nach internationaler und gängiger Definition Minderjährige, die ohne Begleitung eines verantwortlichen Erwachsenen, in ein Hoheitsgebiet eines Mitgliedsstaates (zum Beispiel Bundesrepublik Deutschland) der Europäischen Union einreisen. Die Definition umfasst auch Minderjährige, die nach der Einreise ohne Begleitung zurückgelassen werden, was in den Richtlinien 2011/95/EU des europäischen Parlaments und des Rates in Artikel 21 definiert ist (Europäisches Parlament, 2011).

Als „Minderjähriger“ gilt nach deutschem Recht laut BGB §2 eine Person, wenn diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (Bürgerliches Gesetzbuch, 2014). Komplettiert wird dies durch das Übereinkommen über die Rechte des Kindes. In Artikel 1 wird darauf hingewiesen, dass ein Kind jeder Mensch ist, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, es sei denn, dass die Volljährigkeit aufgrund anzuwendenden Rechts früher eintritt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). In Deutschland wird diese Personengruppe bis zur Volljährigkeit von einem Vormund betreut.

Im Kontext von umF wird in dieser Arbeit der Begriff „Flüchtling“ mit schutzsuchend gleichgesetzt, obgleich sie bereits anerkannt sind oder dies erst noch anstreben. Im juristischen Sinn wird der Flüchtlingsstatus in der Genfer Flüchtlingskonvention in Artikel 1 klar definiert. Gründe für die Anerkennung als Flüchtling lauten: *„...begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb 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; ...“* (Genfer Flüchtlingskonvention, 1951). Laut Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), welches das wichtigste Instrument des internationalen Flüchtlingsrechts ist, werden Menschen, die vor Konflikten und/oder allgemeinen Gewaltsituationen fliehen, nicht explizit mit einbezogen, obwohl die meisten großen Flüchtlingswellen durch Bürgerkriege ausgelöst wurden. Hierbei ging es meist um ethnische, religiöse oder Stammesgewalt (unhcr.ch). Wer nicht unter die oben genannte Gruppe fällt, hat die Möglichkeit einen komplementären Schutz zu erhalten, der folgende Inhalte hat: *„Auf subsidiären Schutz kann ein Drittstaatsangehöriger oder Staatenloser Anspruch haben, dem weder durch die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft noch durch das Asylrecht Schutz gewährt werden kann. Er wird als subsidiär Schutzberechtigter anerkannt, wenn er stichhaltige Gründe für die Annahme vorgebracht hat, dass ihm in seinem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden droht.“*

Als ernsthafter Schaden gilt:

die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,

Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder

eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten

Konflikts“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014). Um später die Ausführungen in

den Bereichen Trauma, Risikofaktoren und Vulnerabilität besser verstehen und

zuordnen zu können, müssen die Kriterien klar sein, wann ein Mensch zu der Gruppe

der umF gehört und was diese Zuordnung beinhaltet. Aus den Merkmalen lässt sich

ableiten, dass diese Menschen viel erlebt haben müssen. Weiterführend spielt auch der

Umgang mit den jungen Menschen, der von Gesetzes wegen geregelt ist, eine große Rolle

in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit und infolge dessen auf deren Kohärenzgefühl.

Ebenso können dieser geregelte Umgang und die dazugehörigen Verfahren und

Regelungen gravierende Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen haben. In vielen

Fällen schwebt ein imaginäres Damoklesschwert über den umF, da sie meist Monate

oder Jahre auf die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge warten

müssen. Bis zur Entscheidungsverkündung leben diese jungen Menschen in Bezug auf

ihren Asylstatus ungewiss und unsicher, woraufhin anzunehmen ist, dass sich dies

deutlich auf ihre psychische und emotionale Stabilität auswirkt. Um die Belastungen so

niedrig wie möglich zu halten und um eine klare, transparente und vorausplanbare

Maßnahme zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber einige wichtige Punkte geregelt.

2.2 Rechtlicher Status unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge

Die Vorgehensweise mit und für umF ist in Deutschland von Gesetzes wegen klar geregelt und definiert. Grundlagen sind hierfür:

- Die UN-Kinderrechtskonvention, die zum Beispiel in Artikel 22 regelt, dass Flüchtlingskinder angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe bei der Wahrnehmung ihrer Rechte erhalten, sofern sie ohne Eltern und Sorgeberechtigte kommen (kinderrechtskonvention.info).
- Die EU-Aufnahmerichtlinien, die den Mitgliedsstaaten in Artikel 18 und 19 vorschreiben, besonders auf das Wohl der Minderjährigen zu achten und ihnen einen kompetenten Vertreter für das Asylverfahren zu stellen (Der Rat der Europäischen Union, 2003).
- das Sozialgesetzbuch VIII

- das Aufenthaltsgesetz
- das Asylrecht (inklusive Asylbewerberleistungsgesetz für Volljährige)

Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen unter bestimmten Vorgaben in Obhut zu nehmen, was §42 des SGB VIII im Allgemeinen und explizit §42 Absatz 1 Nr. 3 für die umF regelt. *„ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten“*. Während der Inobhutnahme findet das Clearingverfahren² statt, in dem das Jugendamt gemeinsam mit dem Klienten die Gründe für die Inobhutnahme zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen hat, was in §42 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII steht. Das primäre Ziel eines Clearingverfahrens, welches je nach Bundesland unterschiedlich lange und intensiv ist, ist die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs. Auf dieser Grundlage soll eine geeignete, bedarfsgerechte Unterbringungsform gesucht und gefunden werden. Wird ein Kind oder Jugendlicher in die Obhut der Personensorge- bzw. Erziehungsberechtigten übergeben oder eine Hilfe nach dem SGB, insbesondere über Hilfen zur Erziehung nach §§27ff. SGB VIII gewährt, endet die Inobhutnahme durch das Jugendamt. Die Kinder und Jugendlichen erhalten dann mindestens bis zur Volljährigkeit die Hilfen durch das Jugendamt. Findet dieses Verfahren zum Beispiel aufgrund von massiven Fallzahlen in der genannten Form nicht statt, wirkt sich dies wiederum psychisch und emotional auf die Betroffenen aus, was ihnen die Ankunft und das Leben in Deutschland deutlich erschwert. Aus einer E-Mail der Regierung von Unterfranken ging im Jahr 2015 hervor, dass zum damaligen Zeitpunkt unmittelbar 60 umF kurzfristig in Unterfranken unterkommen müssen. Würden diese nicht im Rahmen der Jugendhilfe unterkommen, bliebe nur die Beherbergung in Turnhallen oder sonstigen Unterkünften. Es wurde explizit geschrieben und gefordert, dass schnelle Lösungen erforderlich seien, die qualitätsgemindert sein dürfen. In so einem Fall findet weder ein Clearingverfahren, noch eine adäquate Einzelfallprüfung statt. In so einem Szenario steht Quantität klar vor Qualität, was folgender Ausschnitt deutlich macht: *“Es ist klar, dass für diese um nicht in*

² Inhalte eines Clearingverfahrens: Alterseinschätzung. Wie ist seine psychische und körperliche Verfassung, sein Gesundheitszustand? Welche Informationen gibt es zur Identität des minderjährigen Flüchtlings? Hat der Minderjährige Familienangehörige (z.B. Eltern, Onkel, Tante, Cousin/Cousine oder erwachsene Geschwister) in der Bundesrepublik oder einem anderen Land und ist es gegebenenfalls möglich, die Familie wieder zusammenzuführen? Welche Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe benötigt der unbegleitete minderjährige Flüchtling im Alltag? Welche Art der Unterbringung ist für den Flüchtling geeignet und wo kann er wohnen? Wer übernimmt fortan die Begleitung zum Leben in der neuen Heimat? Welche Perspektiven hat der Flüchtling und wie können diese genutzt und ausgebaut werden (Landesjugendämter, 2014, S.14ff)

jedem Fall reguläre Jugendhilfeplätze geschaffen werden können. Es müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, angefangen davon, dass man aus Einzelzimmern Doppelzimmer macht bis hin zu den im „Orientierungsrahmen für Not- und Übergangslösungen bei der Unterbringung unbegleiteter Minderjähriger“ genannten Lösungen“ (Reinhold, 2015).

Ein weiter wichtiger und nicht zu vernachlässigender Punkt ist die Vormundschaft, welche in § 1773 BGB geregelt ist. *„(1) Ein Minderjähriger erhält einen Vormund, wenn er nicht unter elterlicher Sorge steht oder wenn die Eltern weder in den die Person noch in den das Vermögen betreffenden Angelegenheiten zur Vertretung des Minderjährigen berechtigt sind.“* Spezifischer wird dies noch im § 42 SGB VIII Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 geregelt, indem die Vormundschaftsbestellung für ausländische Kinder und Jugendliche ohne Personensorge- oder Erziehungsberechtigte klar benannt wird. Der BumF hat sich in einem Schreiben über die Bestallung von umF geäußert und veröffentlichte, dass in den meisten Fällen anstatt von geeigneten Privatpersonen, Amtsvormünder eingesetzt werden. Darüber hinaus dauert die Vormundschaftsbestellung durch das Amtsgericht in einigen Fällen Monate oder wird durch das Gericht mit der Begründung abgelehnt, dass Eltern mittels moderner Kommunikationstechniken die Personensorge ausüben könnten (Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge). Eine Korrelation zwischen diesen Bedingungen und einem erhöhten Stressniveau und zusätzlichen Risikofaktoren lässt sich mehr als erahnen, weshalb diese Thematik im nächsten Kapitel explizit bearbeitet wird.

3 Kinder auf der Flucht: besondere Vulnerabilität unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge

In der Regel fliehen Menschen, die einer gravierenden Gefahr und/oder Bedrohung ausgesetzt sind. Sie lassen Vertrautes zurück, trennen sich von ihrer Familie und begeben sich in eine ungewisse Zukunft, ohne zu wissen, wann, wo und unter welchen Umständen die Flucht endet. Die Belastungen sind für Kinder und Jugendliche besonders hoch, wenn sie ohne Angehörige reisen. Die Fürsorge ihrer Familien ist in diesem Alter besonders wichtig. Ohne diese Unterstützung sind sie hilfloser und haben meist Schwierigkeiten das Fluchtgeschehen zu verstehen (Detemple, 2013, S. 30). UmF sind eine hoch risikogefährdete Gruppe, die zum einen ähnliche oder dieselben Fluchtgründe wie Erwachsene haben, zum anderen kommen noch kindspezifische Fluchtursachen hinzu. Diese umfassen Zwangsrekrutierung als Kindersoldat, von Kinderhandel bedroht

oder bereits Opfer geworden, aktives oder passives Erfahren von Gewalt, körperliche Ausbeutung, Folter, Suche nach Bildung und einer Perspektive, Zwangsprostitution, Zwangsverheiratung, Sippenhaft, Diskriminierung und/oder Zugehörigkeit zu einer benachteiligten Gruppe. Diese multikausalen Ursachen führen nicht selten zu einer Traumatisierung. Besonders gravierend wirken sich der fehlende innerfamiliäre Halt und die fehlende Unterstützung der Familie aus. Zum Teil mussten die jungen Flüchtlinge den Tod von nahen Angehörigen erleben oder wurden Zeuge von massiver Gewalt. (Deutscher Caritasverband, 2014, S. 23f). Nicht nur die erlebten Stressoren im Herkunftsland, sondern auch die Erfahrungen auf der teils recht langen Flucht, die sich über Monate oder Jahre hinzieht, prägen und beeinflussen diese jungen Menschen massiv. Häufig erleben sie eine exorbitante Abhängigkeit von Schleusern und Menschenhändlern, was bei den Meisten ein Gefühl der Ohnmacht auslöst. Nicht selten werden die Kinder und Jugendlichen auf der Flucht abermals Opfer von Gewalt und Willkür (Deutscher Caritasverband, 2014, S. 24). Die Erfahrungen im Exilland summieren sich an die gemachten Erlebnisse und reihen sich nach dem Modell der sequentiellen Traumatisierung nach Keilson als dritte Sequenz nahtlos an (Hargasser, 2014, S. 31f). In Punkt 4.3 wird hierauf konkreter eingegangen. Aufgrund der aufgelisteten Faktoren gilt die Gruppe der umF als vulnerabel und infolgedessen als besonders schutzbedürftig. Diese Aussage stützt ein von UNHCR verfasstes Schreiben, in dem es um „Richtlinien zum internationalen Schutz: Asylanträge von Kindern“ geht. Es wird davon ausgegangen, dass Flüchtlingskinder ähnliche oder sogar dieselben Schädigungen wie erwachsene Flüchtlinge erleiden, sie diese jedoch anders erleben. Bedrohungen und Handlungen können in der Beurteilung von Kindern zum Beispiel als massive Verfolgung angesehen werden, auch wenn dies ein Erwachsener anders beurteilen würde. Gründe hierfür sind altersspezifischer Natur. Es geht um fehlende Reife, Verletzlichkeit, noch defizitäre Copingstrategien, Abhängigkeit und um ein allgemein geringer ausgeprägtes Entwicklungsstadium (UNHCR, 2009, S. 10). Dies alles begünstigt eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Belastungen, Stressoren und Traumata. Darüber hinaus ist die Erfahrung passiver Gewalt einschneidender und prägender. Ein nicht zu unterschätzender Fakt ist die bestehende Trennung von den Eltern und von Bezugspersonen. Dies bedeutet, dass die Kinder und Jugendliche ohne direkten familiären Rückhalt Hilfe und Schutz in einem ihnen fremden Land suchen und somit potenziell gefährdeter als begleitete minderjährige Flüchtlinge sind (Hargasser, 2014, S. 95). Sie sind somit auf sich alleine gestellt, durchleben dieselben Situationen wie

erwachsene Flüchtlinge und leiden ergänzend aufgrund des nicht vorhandenen Schutzes durch ihre Eltern physisch, psychisch und sozial, was somit eine doppelte Belastung für diese Minderjährigen darstellt (Deutscher Caritasverband, 2014, S. 25). Ferner findet die Flucht der umF meist in der Phase der Adoleszenz statt, die an sich schon einige Erschwernisse mit sich bringt. Es ist bekannt, dass biologische, soziale und psychische Kräfte zusammenwirken und die Entwicklung in der Adoleszenz prägen (Berk, 2011, S. 489). Genau diese relevanten Kräfte sind aber bei umF beeinträchtigt und können eine adäquate Entwicklung beeinflussen, wenn schon alleine die adoleszenten Aufgaben und Veränderungsprozesse (innere Belastungen und soziale Erwartungen) zu Unsicherheiten, Selbstzweifeln und Enttäuschungen führen können. Wie erfolgreich die Herausforderungen dieses Entwicklungsprozesses überwunden werden können, hängt unmittelbar mit den zurückliegenden und aktuellen Erfahrungen des Heranwachsenden zusammen (Berk, 2011, S. 489). Die akuten und wohl prägenden Erfahrungen bei umF sind eher negativer Natur wie Eingangs erwähnt und machen deutlich, dass auch hier eine erhöhte Verletzlichkeit besteht. Innerhalb der Adoleszenz ist die Phase der Identitätsfindung eine weitere zentrale Aufgabe, die Erik H. Erikson als eine der bedeutendsten Leistungen der Persönlichkeitsentwicklung betrachtete. Für eine Identitätsbildung ist zu klären, wer man ist, welche Werte und Normen wichtig sind und welche Richtung man im Leben einschlagen möchte (Berk, 2011, S. 546). Diesen Konflikt der Adoleszenz bezeichnet Erikson als Identität versus Identitätskonfusion (Erikson, 1988). Sind frühere Konflikte des jungen Menschen negativ aufgelöst worden oder gab es gesellschaftliche Begrenzungen gemäß seiner Entscheidungsfindung und -freiheit, kann es zu Oberflächlichkeit und Ziellosigkeit führen (Berk, 2011, S. 547). In diesen Fällen sind Wünsche und individuelle Möglichkeiten beschränkt gewesen. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die umF einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt sind, die auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind und ihres dazu beitragen, dass diese Personengruppe als besonders verwundbar bezeichnet werden darf. Eine wichtige und entscheidende Frage die wir uns aus heilpädagogischer Sicht zu stellen haben ist, was wir den dramatischen, traumatischen und erschwerenden Erlebnissen entgegenstellen und wie wir Aufnahme und Begleitung gestalten, um kompensatorisch hilfreich zu sein. Um dies vollziehen und heilpädagogische Fördermaßnahmen einleiten zu können, bedarf es jedoch einer ausreichenden und fundierten Diagnostik, die den aktuellen Bedarf deutlich macht. Paul Moor hat den Satz „erst verstehen, dann erziehen (Moor, 1974, S. 15)“ geprägt, der auch in diesem Fall eine große Relevanz aufweist.

4 Trauma

Um umF verstehen zu können, benötigt es zuerst eine Definition des Begriffs Trauma, das ursächlich für viele Störungen und Auffälligkeiten bei umF verantwortlich ist. Der Begriff Trauma kommt aus dem griechischen und heißt soviel wie „Verletzung, Wunde“. Unter psychologisch medizinischen Gesichtspunkten beschreibt der Begriff einen seelischen Schock, eine starke seelische Erschütterung, die einen Komplex bewirken kann. In der Medizin werden die Begriffe Wunde und/oder Verletzung durch äußere Gewalteinwirkung mit einem Trauma verbunden (Dudenredaktion, 2005, S. 1053). Das Wörterbuch der Psychologie beschreibt ein Trauma als eine „[1] Medizinische Bezeichnung für Körperverletzungen und damit verbundenen Schädigungen (z.B. Schädeltrauma, Unfallschock).“ (Fröhlich, 2010, S. 488). In der Folge kann dies auch psychische Folgen haben, wie es zum Beispiel bei der Diagnose „organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma“ der Fall ist, welche die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) unter F07.2 führt (Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 57). In der Psychologie beschreibt der Terminus Trauma psychische, seelische oder mentale Verletzungen und wird somit auch als Psychotrauma bezeichnet. Das Wörterbuch Psychologie differenziert ebenfalls zwischen den Disziplinen Medizin und Psychologie und schreibt „[2] In der Psychologie ist der Ausdruck Bezeichnung für emotionale Ursachen von psychischen Störungen (beispielsweise Geburtstrauma; Folgen der frühkindlichen Trennung von der Mutter und alle Arten seelischer Erschütterung durch tiefgreifende, schockartig wirkende Erfahrungen). (Fröhlich, 2010, S. 488)“. Die ICD-10, das neben dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) weltweit anerkannte Diagnose-Klassifikationssystem der Medizin, lässt in der genauen Definition des Begriffs Trauma Lücken erkennen, indem es keine ausreichend zuordenbaren diagnostischen Kriterien aufweist. Es wird lediglich in „F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ bei den aufgeführten Störungen umschrieben, indem zum Beispiel bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) steht :*“Die Betroffenen waren einem kurz- oder langhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“* (Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 165). Auffällig ist bei dieser Definition, dass sich Trauma ausschließlich auf das Geschehen und/oder das Ereignis bezieht und folgerichtig eine F43 Diagnose nur gestellt werden kann, wenn das Ereignis als solches identifizierbar ist. Darüber hinaus bleiben mit der Formulierung „...bei nahezu jedem...“ definatorische Lücken zurück. Dennoch sieht auch andere

Literatur in diesen genannten Kriterien das Wort Trauma als solches definiert (Lieb, Heßlinger, & Jacob, 2013, S. 270) oder beschreibt es im Glossar als *„Erlebnis, das ein Individuum nicht adäquat verarbeiten kann, starke seelische Erschütterung/seelischer Schock“* (Möller, Laux, & Deister, 2005, S. 583). Durch die unterschiedlichen Definitionen und inhaltlichen Schwerpunkte ist der Begriff Trauma nicht eindeutig und somit unklar, ob es sich bei dem Wort um das Ereignis, um die Symptome, um das seelische Leid oder um die Auswirkungen handelt.

Zusammenfassend lässt sich aus den Definitionen und Erklärungen ableiten, dass es sich bei einem Trauma, um ein singuläres traumatisches Erlebnis handelt, welches die normale Verarbeitungsfähigkeit eines Menschen übersteigt. Trauma wird aus definitorischer und diagnostischer Sicht auch wenig konkret zugeordnet. Es findet in der Diagnose keine Differenzierung der traumatischen Ereignisse statt und es scheint irrelevant zu sein, ob es sich um eine Naturkatastrophe oder um ein von Menschen erzeugtes Leid handelt. Hier sollte definitorisch dringend nachgebessert werden und Kontexte in der Diagnose Berücksichtigung finden. Im weiteren Verlaufe dieser Arbeit wird der Begriff Psychotrauma und Trauma synonym verwendet, welcher die Sichtweise aus psychologischer Sicht repräsentiert.

4.1 Psychotrauma

Der Traumaexperte und Psychiater Lutz Besser definierte Trauma als *„plötzliche oder langanhaltende oder auch sich wiederholende objektiv und subjektiv existentiell bedrohliche und ausweglose Ereignisse, bei denen Menschen in die Schutzlosigkeit der „Traumatischen Zange“ geraten“* (Besser, zitiert in Scherwath & Friedrich, 2014, S. 18). Eine stärkere Fokussierung auf das traumatische Ereignis findet sich bei Fischer und Riedecker in ihrer Definition, die Trauma als *„vitalen Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilfslosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“* (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84). Traumatische Erfahrungen lassen sich durch diese beiden Definitionen somit von belastenden oder schweren Lebensereignissen unterscheiden. Traumatische Erfahrungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie die „normale“ Verarbeitungsfähigkeit eines Menschen bei Weitem übersteigen, mit denen er alltägliche Situationen lösen kann. Eine adäquate Copingstrategie für traumatische Situationen scheint dem Menschen nicht zur Verfügung zu stehen. Die einzig bestehende Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeit besteht darin, auf genetisch hinterlegte Notprogramme zurückzugreifen, die jedoch häufig nicht ohne Folge bleiben und zu

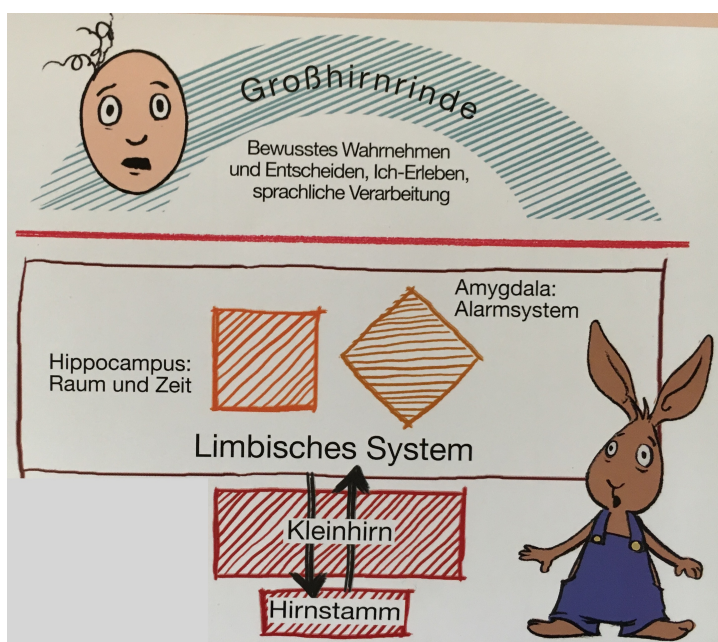
langfristigen Störungen führen können. Gerald Hüther geht soweit und sagt, dass Traumata neuronale Störungen im Gehirn verursachen und definiert Trauma als *„eine plötzliche auftretende Störung der inneren Struktur und Organisation des Gehirns, die so massiv ist, dass es in Folge dieser Störung zu nachhaltigen Veränderungen der von dieser Person bis zu diesem Zeitpunkt entwickelten neuronalen Verschaltung und der von diesen Verschaltungen ausgehenden und gesteuerten Leistungen des Gehirns kommt. Eine solche Traumatisierung kann durch physische oder psychische (psychosoziale) Einwirkungen ausgelöst werden“* (Hüther, 2002, S. 29). Diese erkenntnisleitende Erklärung vermittelt klar, dass ein erlebtes Trauma nicht nur in der eigentlichen Situation gravierende Auswirkungen hat, sondern tiefe Spuren im neuronalen Netzwerk hinterlässt.

Die Worte Trauma, Traumatisierung, traumatische Situation, traumatische Erfahrung, traumatisches Erlebnis, et cetera implizieren alle, dass ein Mensch ein Extremereignis erlebt hat, was er nicht mit normalen Mitteln, Strategien und Methoden bearbeiten kann. In der Folge wird ein internes, archaisch angelegtes Notprogramm mit meist verheerenden Konsequenzen aktiviert, um weiter überleben zu können. Auslösende Erlebnisse/Ereignisse können Raubüberfälle, durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Unfälle, Kriege, Entführungen, Diagnosen einer lebensbedrohlichen Erkrankung, Terroranschläge, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Vergewaltigung, Mangelereignisse in der Kindheit (Deprivation), Folter, Geiselnahmen, Naturkatastrophen, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, massive medizinische Eingriffe, Miterleben von Gewalttaten an anderen Menschen sein (Hargasser, 2014, S. 23). Um eine dramatische Erfahrung als traumatisch oder als Trauma bezeichnen zu können, muss diese mit starken Gefühlen bei der Person wie Furcht, Entsetzen, Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergehen. Das subjektive Empfinden fehlender Einflussnahme scheint ebenfalls ein Indikator für traumatische Situationen zu sein. Ein Extrem-Ereignis verursacht nicht generell eine Traumatisierung, sondern stellt vielmehr einen Nährboden dafür dar. Was sich auf dieser Grundlage entwickelt, hängt von diversen Einflussfaktoren ab. Weeber & Gögercin nennen die persönliche Disposition, den individuellen Entwicklungsstand (kognitiv, emotional, sozial, neurobiologisch), die Konstellation eines realen Ereignisses, die vorhandenen Schutzfaktoren (individuell, familiär, sozial), die prätraumatische Vulnerabilität, mögliche vorherige Traumatisierungen, die postexpositorischen Faktoren, den lebensgeschichtlichen Hintergrund, die aktuellen Lebensbedingungen und

die Varietät an Bewältigungsstrategien, welche alle zusammen einer Traumatisierung entgegenwirken oder diese bedingen (Weeber & Süleyman, 2014, S. 33).

4.2 Die traumatische Zange

Es wurde bislang erläutert, was ein Trauma, respektive Psychotrauma ist und wie es definiert wird. Dieser Abschnitt wird die Folgen auf psychobiologischer Basis bearbeiten und das Ausmaß und die Intensität verdeutlichen. Jeder Mensch reagiert auf belastende, gefährliche oder bedrohliche Situationen nach dem gleichen Schema, welches als Stressreaktion benannt wird. Stress ist eine Reaktion auf den potenziellen Verlust des inneren Gleichgewichts. Der Körper interveniert mit einer Gegenmaßnahme. In diesem Fall stellt Stress Energie bereit, um dem Stressor entgegen zu wirken. Auf diesem Niveau kann der Verstand meist noch aktiv regulieren und die Verhaltensweisen sind willentlich steuer- und beeinflussbar. Erhöht sich die Spannung, verringert sich sukzessive die willentliche Einflussnahme. Wird eine Situation so bewertet, dass man diese mit seinen bislang erworbenen Kompetenzen und seinen gewohnten Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen nicht bewältigen kann, vollziehen sich neurophysiologische Veränderungen im Gehirn und es werden vollautomatische Überlebensprogramme gestartet. Die Botenstoffe Noradrenalin, Dopamin, Cortisol und Adrenalin werden verstärkt ausgeschüttet. Diese verursachen eine Erhöhung oder Veränderung der Atemfrequenz, der Herzfrequenz und des Muskeltonus. Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin erhöhen die Beweglichkeit und verleihen dem Körper die notwendige



Körperspannung für die Flucht oder den Kampf. Das Cortisol erhöht die Wachsamkeit durch die Steigerung des Angstepfindens. Ergänzend dazu werden Teile der Großhirnrinde, die für das Denken und Handeln zuständig sind, gelähmt (Abbildung 2).

Abbildung 2_Dissoziation aufgrund einer Notfallreaktion

(Hantke & Görge, 2012, S. 59)

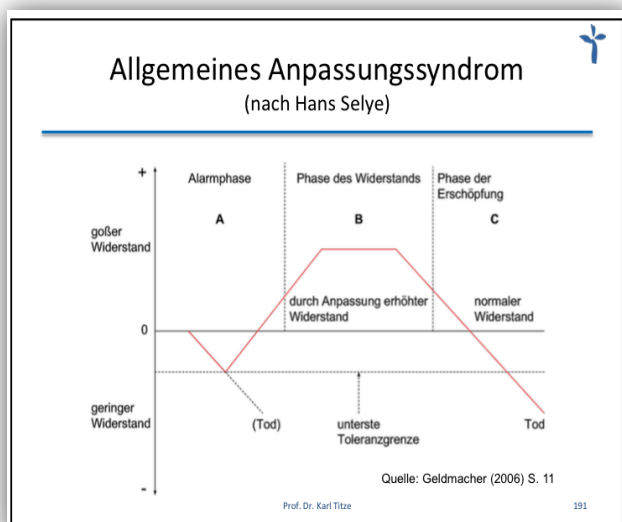
Die hier eingesparte Energie wird für die Aktivierung der Notprogramme, die im Stammhirn hinterlegt sind, verwendet. Hier stehen dem Menschen zwei Alternativen zur Verfügung:

- Flight (Flüchten): Der Situation entfliehen und dem Stressor entkommen.
- Fight (Kämpfen): Sich durch eigene Kraft wehren.

Wird die potenziell traumatische Situation durch eine der beiden Varianten bewältigt, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass es zu keiner Traumatisierung kommt. Reichen die zur Verfügung stehenden Eigenmittel nicht aus, empfindet der Mensch Ohnmacht und Hilflosigkeit und gerät in die „traumatische Zange“. Die stressinduzierten reflexartigen Handlungsimpulse bleiben im Ansatz stecken und können nicht vollzogen werden. In diesem Fall spricht man von einer „no flight, no fight“ Situation, die wiederum initiiert, dass das Gehirn Maßnahmen ergreift, um psychisch überleben zu können. Genau diese Überlebensmaßnahmen sind die Grundlage für traumainduzierte Symptome und Folgestörungen. Laut Hantke und Görge muss eine traumatische Situation aber nicht immer zu einer Traumatisierung führen. Das Ereignis an sich ist nicht alleine ausschlaggebend für posttraumatische Symptome. Erst wenn die in der Situation nicht integrierten Erfahrungen über längere Zeit unverarbeitet bleiben, spricht man von Trauma (Hantke & Görge, 2012, S. 53). Ein Traumatisierungsprozess kennzeichnet sich durch verschiedene Phasen, die in den nächsten Punkten erläutert werden.

4.2.1 Vorstufe der Freeze-Reaktion

Gerät ein Mensch in eine subjektiv oder objektiv bedrohliche Lage, reagiert der Körper



mit Stress. Dieser wird im Fremdwörterbuch als „erhöhte Beanspruchung, Belastung physischer od. psychischer Art (die bestimmte Reaktionen hervorruft u. zu Schädigungen der Gesundheit führen kann).“

(Dudenredaktion, 2005, S. 995)

beschrieben. Der Körper stellt in diesen Situationen Energie bereit, um dem Stressor adäquat begegnen zu können. Zugleich werden belastende

Abbildung 3_Allgemeines Anpassungssyndrom

(Skript von Prof. Dr. Karl Titze)

und situativ unwichtige Funktionen wie Verdauung, Wachstum, Fortpflanzung und das Immunsystem gehemmt. Parameter wie Atmung und Herzschlag verändern sich und die Anspannung in den Beinen und Armen steigt. Je höher die Anspannung, desto weniger differenziert und durchdacht fallen die Reaktionen aus. Schafft man es jedoch die Situation zu lösen und die Anspannung zu kanalisieren, spricht man von Selbstregulation. Akuter Stress kann zu verbessertem Lernen führen, chronischer und extrem starker Stress hingegen, kann negative Auswirkungen auf das Gedächtnis haben. Diesen Prozess beschreibt Hans Selye`s Modell des „Allgemeinen Anpassungssyndroms“ recht anschaulich (Abbildung 3). Er untergliedert die Stressreaktion in 3 Stufen und bezieht sich in seinem Modell stark auf körperliche Symptome:

- Alarmreaktion: Wahrnehmung der besonderen Belastung und Mobilisierung der Kräfte zur Stressbewältigung.
- Widerstandsstadium: Adaption/Gewöhnung an die Belastung. Wird in diesem Stadium die Leistungsfähigkeit des Organismus massiv überschritten, kommt es theoretisch zum Tod. Wird die Situation ausgehalten, ohne jedoch den Stress bekämpft zu haben, tritt das dritte Stadium ein.
- Erschöpfungsstadium: Ermüdung oder Überlastung. Langandauernder Stress führt zu einem Zusammenbruch der Anpassungskräfte und kann schwere körperliche Schäden hervorrufen.

Ist eine Ableitung beziehungsweise Kanalisierung der aufgebauten Spannung (analog zum ersten Stadium nach Selye), aufgrund einer plötzlichen und massiven Hilflosigkeit und Ohnmacht, die sich in Phase zwei ergibt, nicht möglich, aktiviert der Körper sofort sein Überlebensprogramm (Notfallreaktion), welches tief in uns verwurzelt ist. In diesem Fall sprechen wir von traumatischem Stress, da der Organismus die normalen Copingmöglichkeiten überhaupt nicht nutzen kann. So wie es zu physischen Folgestörungen bei chronischem Stress kommt, so hat auch traumatischer Stress Konsequenzen für das Individuum.

4.2.2 Die Freeze-Reaktion/der Totstellreflex

Wenn es keine Chance von Fight oder Flight gibt, sieht das Gehirn in einer potenziell traumatischen Situation nur noch eine Handlungsmöglichkeit. Diese Reaktion wird Freeze-Reaktion (einfrieren) genannt und basiert auf einer Wahrnehmungsveränderung, welche eine internale Distanzierung und eine

Unterwerfungsreaktion bewirkt, in der Gefühle und Körperzustände aufgrund von Endorphinen wie betäubt sind.

Die Freeze-Reaktion tritt am höchsten Punkt der Stresskurve ein, genau dann, wenn der Organismus keine weiteren Copingstrategien zur Verfügung hat (Abbildung 4).

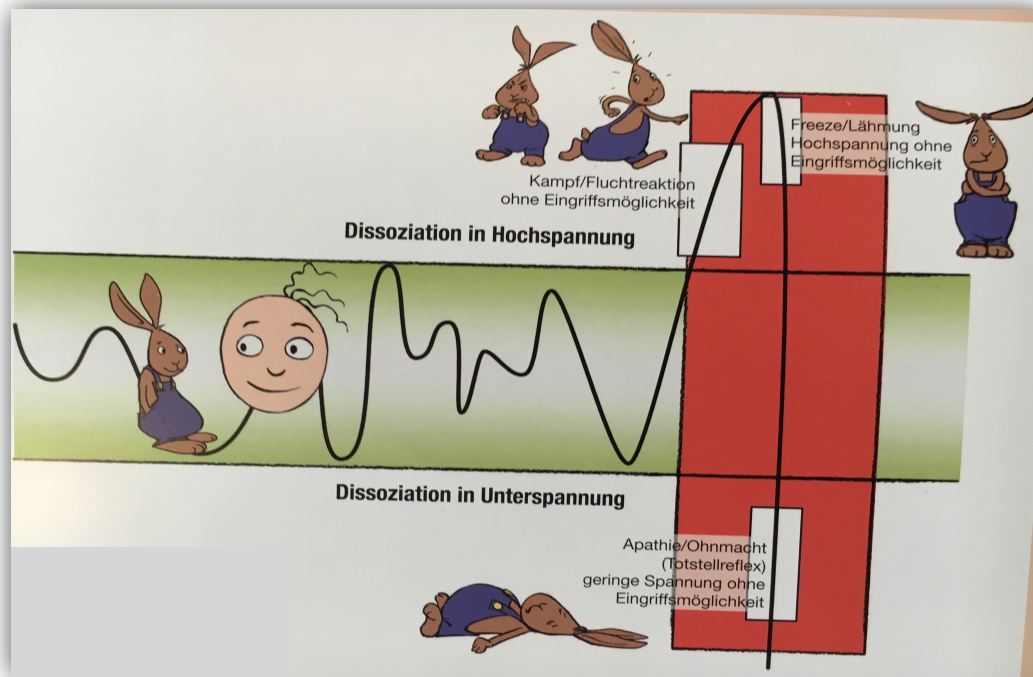


Abbildung 4_Dissoziation

(Hantke & Görge, 2012, S. Anhang)

Während dieser Reaktion befindet sich der Körper in einem gelähmten Zustand der Hochspannung ohne Einflussmöglichkeiten. Dies stellt den Körper vor ein echtes Problem, denn ihm fehlt die Möglichkeit der physischen Spannungsregulation. Jetzt muss ein Verfahren gefunden werden, wie die körperliche Spannung dennoch abgebaut und trotzdem das Überleben gesichert werden kann. Der Organismus leitet den sogenannten „Totstellreflex“ ein, der auch im Tierreich beobachtet werden kann. Dieser ist durch eine vermeintlich geringe Spannung ohne Einflussmöglichkeiten gekennzeichnet und wirkt in Bezug auf die vorherige körperliche Hochspannung erst einmal regulativ und kompensativ und pausiert die angestaute Energie. Neben der äußeren Lähmungsreaktion kommt es zu einem inneren Erregungszustand, der mit einer Panikattacke (Herzrasen, Todesangst, Verstummen, hochgradige Muskelanspannung) vergleichbar ist. Diese Art der Lähmung (Apathie/Ohnmacht) versetzt den Menschen in eine Situation, in der er seinen Körper nicht mehr willentlich steuern kann. Aufgrund der unterschiedlich verwendeten Begrifflichkeiten in der

Literatur werden die Relevantesten nach der Beschreibung von Hantke & Gorges in Bezug auf eine Traumatisierung dargestellt:

Freeze-Zustand: Der Körper friert die Spannung in einer Situation ein, in der weder ein Spannungsabbau erfolgen kann, noch eine Spannungserhöhung ertragen werden kann (vergleiche Selye → theoretischer Tod als Folge).

Lähmung: Dieser Begriff beschreibt die gleiche Situation, nimmt hierbei jedoch eine Innenansicht an. Das Geschehen kann noch von der Großhirnrinde wahrgenommen werden (keine vollständige Dissoziation). Eine willentliche Einflussnahme auf den Körper ist jedoch nicht mehr möglich. Man sieht zu, ohne einwirken zu können (Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit).

Totstellreflex: Dieser Begriff beschreibt in seiner vollen Ausprägung einen Zustand, in dem auch die körperliche Spannung abgeschaltet wurde. Analog zum Tierreich fahren die Körperfunktionen des Menschen auf ein Minimum. Der Herzschlag ist kaum noch wahrnehmbar, der Muskeltonus ist gering und der Blutdruck ist kaum noch spürbar. Dieser Reflex wird initiiert, wenn ein übermäßig starker Gegner präsent ist. Durch die Suggestion, „tot“ zu sein, soll der Angreifer das Interesse verlieren. Ein weiterer großer Vorteil ist der sofortige Eintritt der Schmerzunempfindlichkeit. Die körperlichen Wahrnehmungen werden nicht mehr an das Gehirn weitergeleitet (vgl. Abbildung 2). Man spricht in diesen Fällen auch von Apathie, die teilweise sogar in eine Ohnmacht übergeht. (Hantke & Gorges, 2012, S. 61f).

Um diese schwierige und komplexe traumatische Situation psychisch ertragen zu können, kommt es in der Folge zu Dissoziationen. Darunter versteht man eine innere Entfremdung, die sich auf verschiedene Bewusstseinsbereiche auswirken kann:

- Amnesie: Erinnerung wird abgespalten (Gedächtnis-/Erinnerungsverlust)
- Depersonalisation: Abspaltung der Selbstwahrnehmung
- Derealisation: Veränderung der Fremdwahrnehmung (Wahrnehmung der Umwelt und anderer Personen)

Diese Schutzreaktion bewirkt, dass das Geschehen nur noch schemenhaft wahrgenommen wird, sich die Körperfunktionen minimieren und sich der gesamte Organismus im Bereitschaftsbetrieb befindet. Es kommt zu einer Schmerzunempfindlichkeit und der Körper wird in der Folge nicht fühlbar und als fremd empfunden. Die Wahrnehmung ist sozusagen nicht mehr oder nur noch gering mit dem Körper verbunden. Kann der Körper nicht mehr gerettet werden, entfernt sich der

Verstand als Schutzmaßnahme von ihm (Hantke & Görge, 2012, S. 62). Abbildung 4 zeigt auf, dass es zu Dissoziationen in Phasen der Hochspannung, aber genauso in Phasen der Unterspannung kommen kann. In beiden Fällen ist die willentliche Eingriffsmöglichkeit behindert und der Zugang zur Großhirnrinde kaum möglich, welche für die Parameter der Wahrnehmung zuständig ist.

4.2.3 Auswirkungen der Notfallreaktion

Gemachte Erfahrungen während der Notfallreaktion (Flucht, Kampf oder Lähmung) können in Bezug auf Raum und Zeit nicht richtig im Gehirn eingeordnet werden, da die Erinnerung als solche nicht mehr zusammenhängend besteht. Eine funktionierende Erinnerung ist mit einem Spiegel zu vergleichen, indem man sich komplett und detailliert betrachten kann. Eine traumatische Situation lässt den Spiegel in größere und unzählige kleine und kleinste Teile zerspringen, die kaum wieder zu einem Ganzen zusammengefügt werden können. Die Fragmente werden in unterschiedlicher Qualität und an unterschiedlichen Orten (Gehirn, Muskeln, Gefühlen und Körpererleben) gespeichert (Abbildung 5). Dies geschieht ohne Zeitstempel und das Erlebte kann somit nicht willentlich als Erinnerung abgerufen werden.



Abbildung 5_Trauma als Spiegel

(Zito, 2012, S. 12f)

Ein Trigger (auslösender Reiz) kann jedoch Erinnerungsfetzen und Gefühle hervorrufen, so wie sie während oder unmittelbar nach dem ursprünglichen Ereignis waren kann und die erneute Aktivierung des Notfallprogramms begünstigen. Die fehlende Integration der traumatischen Erfahrung in die eigene Vergangenheit bewirkt, dass sich das frühere Erleben immer wieder in das Hier und Jetzt schiebt, die gleichen Gefühle verursacht und

das identische Verhalten auslöst, so wie in der Ursprungssituation. Ursächlich ist hierfür das emotionale Gedächtnis („hot memory“: heißes Gedächtnis), welches bei einer nicht geglückten Traumaverarbeitung zulasten des autobiografischen Gedächtnisses („cold memory“ kaltes Gedächtnis) überwiegt. Somit kommt es zu einem Nebeneinander von Erinnerungslücken und intensiven Erinnerungszuständen (Intrusionen). Die Erfahrung kann in keinen Gesamtzusammenhang eingeordnet werden und die Einstellung „Ich habe es geschafft. Es ist vorbei. Ich habe überlebt“ kann nicht entwickelt werden (Reddemann & Dehner-Rau, 2004, S. 33), denn was nicht eingeordnet ist, ist auch nicht vorbei. Brigitte Seelmann-Eggebert zeigte in ihrem Vortrag 2007 ein Schaubild (Abbildung 6), welches die möglichen Stationen vom Ereignis bis zum Trauma, sowie Folgen und Konsequenzen aufzeigt.

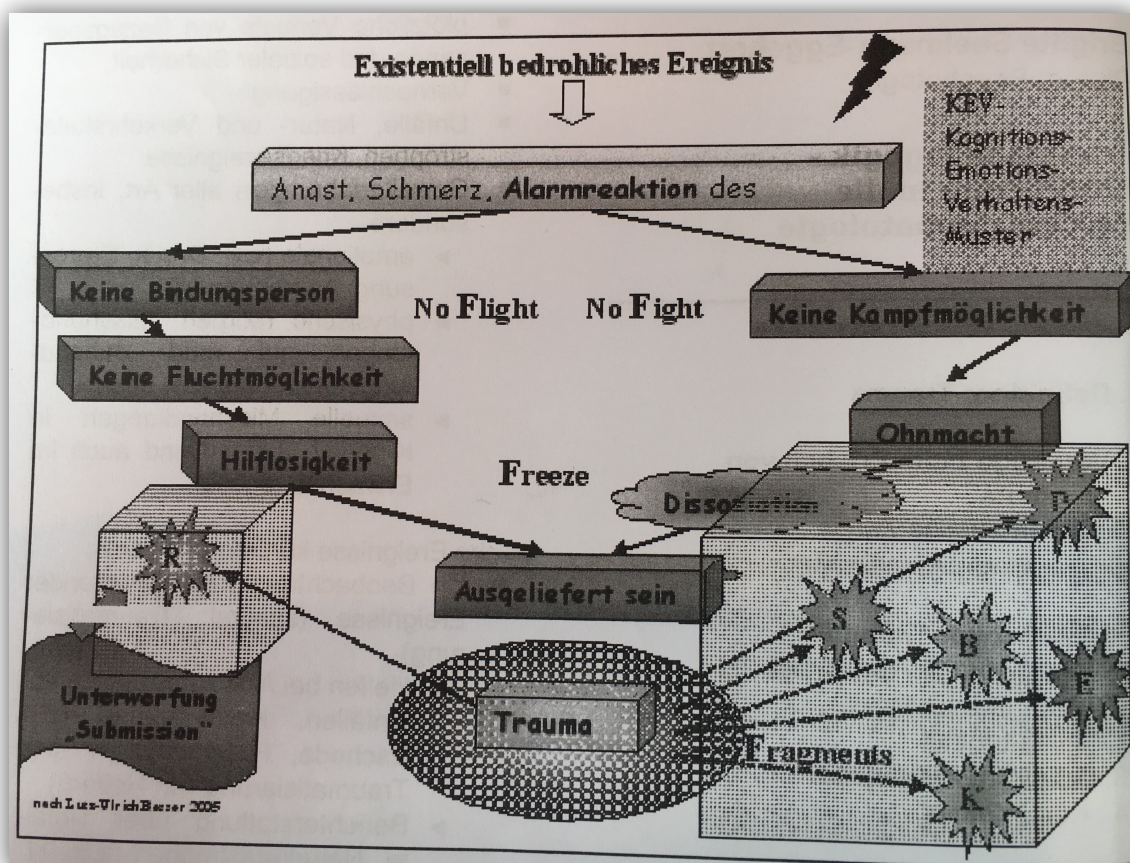


Abbildung 6_Ablaufschema Trauma

(Seelmann-Eggebert, 2007, S. 12)

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass ein Trauma aus einem vom Individuum gemachten Ereignis resultiert, welches individuell als potenziell lebensbedrohlich bewertet wird, mit überwältigenden Gefühlen von Hilflosigkeit und Angst korreliert,

nicht zeitlich und in der Folge nicht ausreichend, aufgrund mangelnder Ressourcen, verarbeitet werden konnte (Hantke & Görge, 2012, S. 54).

Der Körper befindet sich in einem dauerhaften Alarmzustand und er reagiert sensibel und schnell auf Einflüsse von Außen (Trigger), die eine mögliche wiederkehrende Gefahr darstellen. Noch bevor bewusste Denkleistungen vollzogen werden können, reagiert das limbische System blitzschnell und initiiert die beschriebenen Abwehrmaßnahmen, auch wenn keine objektive Bedrohung gegeben ist. Es kommt meist in der Folge dieser Erfahrungen zu einer Verhaltensgeneralisierung, da die als einmal Sinn machende Reaktion als dauerhaft sinnvoll angesehen wird. Der menschliche Organismus weist normalerweise eine gewisse Schwingungsfähigkeit auf. Das heißt, dass er Spannungen, Stress und allen Arten von Einflüssen meist kompetent begegnen und individuell darauf reagieren kann. Die Notfallreaktion wird stets aktiviert, wenn der Ressourcenbereich eines Menschen über- oder unterschritten wird. Aufgrund der triggerinitiierten Reaktions- und Reizgeneralisierung verringert sich dieser Bereich erheblich und die Gefahr einer Retraumatisierung ist gegeben. Dieser Fakt verdient, speziell in der Auseinandersetzung mit umF, besondere Beachtung (Abbildung 7).

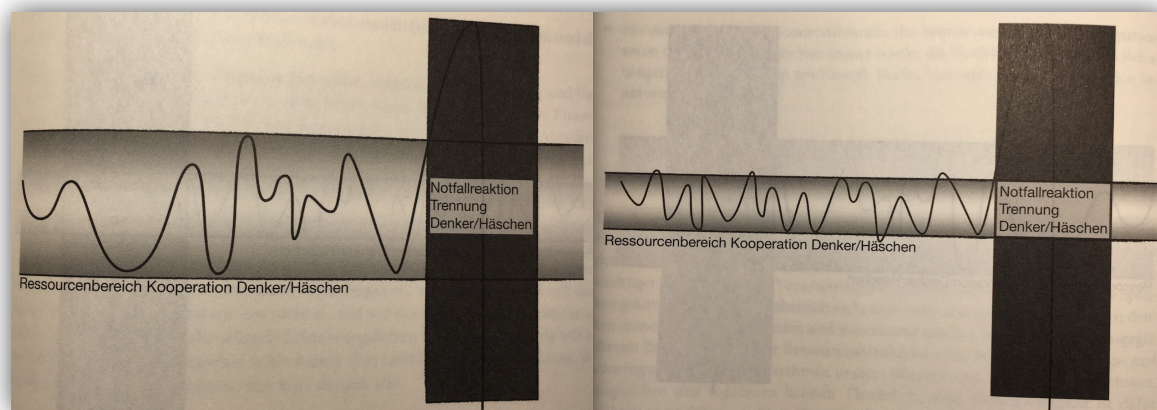


Abbildung 7_veränderter Ressourcenbereich

(Hantke & Görge, 2012, S. 65f)

4.3 Sequentielle Traumatisierungsprozesse

Bei der Personengruppe der umF geht man, nach heutigem Kenntnisstand, von der sogenannten sequentiellen Traumatisierung aus. Hans Keilson füllt die eingangs erwähnte definitorische Lücke, auf welche in Punkt 4 hingewiesen wurde und erweitert beziehungsweise komplettiert die Sichtweise auf ein Trauma. Der Mediziner, Psychoanalytiker, Schriftsteller und Pädagoge, sieht die Traumatisierung in Bezug auf

Flucht, Zwangsmigration und umF nicht als ein singuläres Ereignis, sondern als eine Abfolge, eine Aneinanderreihung traumatischer Sequenzen und berücksichtigt in seinem Modell darüber hinaus auch soziale und politische Kontexte (Hargasser, 2014, S. 27). Dies kommt einem heilpädagogischen Verständnis sehr nahe und entspricht dem ganzheitlichen Ansatz dieser Disziplin, indem nicht nur das Einzelerlebnis separat und isoliert betrachtet und bewertet wird, sondern der gesamte Prozess. Keilson legt großen Wert darauf, dass sowohl das Davor, als auch das Danach mit in den Fokus genommen wird. Folgerichtig leitete er drei Sequenzen aus seinen Überlegungen, Thesen und Forschungsergebnissen ab, die er in den Niederlanden mit Kriegswaisen machte. Die hier erarbeiteten Inhalte lassen sich problemlos auf die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge übertragen, was Abbildung 8 zeigt. Nach seiner Annahme ist der Beginn durch das „Zerbröckeln“ der eigenen Umgebung gekennzeichnet. Sie stellt die Anfangsphase dar und kennzeichnet sich durch das Erleben von Verfolgung, feindlicher Besetzung und Terrorisierung aus. Die zweite Sequenz beschreibt die Phase der direkten Bedrohung und Verfolgung, des Versteckens, der Trennung von den Eltern und der Deportation. Keilson betont in seinen Ausführungen die brisante Lage der Minderjährigen, die ihre Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen haben und somit nicht in der Lage sind, die Verfolgung als gereifter Mensch zu erleben. Diesbezügliche Folgen wurden im Punkt 3 „Kinder auf der Flucht:...” inhaltlich erläutert. Kinder und Jugendliche haben nicht nur die Erlebnisse, direkte oder indirekte Bedrohungen zu verarbeiten, sondern müssen darüber hinaus den Verlust von Spielmöglichkeiten und Bildungsmöglichkeiten verkraften. Flucht impliziert Entbehrungen aller Art (Hunger, Schlaf, Sicherheit) und stellt eine extreme Dauerbelastung für die jungen Menschen dar (Hargasser, 2014, S. 30). Welche Folgen chronischer Stress haben kann, wurde in Punkt 4.2.1 dargestellt. Die dritte Sequenz nach Keilson umfasst die Rückkehr in eine andere Welt, die sich aufgrund von äußeren Bedingungen massiv verändert hat. Es herrscht wieder Ordnung und Sicherheit, die in den Niederlanden damals dazu führten, dass Kriegswaisen Vormünder und Pflegefamilien erhielten, was einen erneuten Eingriff in das Leben der Kinder darstellte. Keilson geht in dieser Sequenz von einem massiven kumulativen Effekt aus. Die vorherigen Erfahrungen reihen sich an die der Gegenwart nahtlos an und subsumieren sich in ihrer Wirksamkeit. Es wurde in den Untersuchungen festgestellt, dass die Erfahrungen in der dritten Sequenz als die Prägendsten zu bezeichnen sind. Kinder die eine ungünstigere dritte Sequenz im Vergleich zur Zweiten hatten, wiesen eine

schlechtere Entwicklung auf, als Kinder, die eine ungünstigere zweite traumatische Sequenz im Vergleich zur Dritten hatten (Hargasser, 2014, S. 31). Dies macht deutlich, wie wichtig die dritte Phase in Bezug auf umF ist und welche Verantwortung die Aufnahmegesellschaft hat. Aus Autorensicht ist das Modell der sequentiellen Traumatisierung eine gute Ausgangslage für das Verstehen fluchtspezifischer Folgestörungen. Das Modell vermittelt klar, dass Flucht ein Prozess ist, der nicht mit der Ankunft im Exilland oder der Rückkehr ins Heimatland endet, sondern prä-, peri- und postmigratorische Trauma relevante Faktoren beinhaltet (Schock, 2014). Aufgrund geltender Asyl- und Ausländergesetze reiht sich eine vierte Sequenz an die ursprünglichen Drei an (Abbildung 8).

Diese sei durch fehlende Betreuung, durch drohende oder ausgeführte Abschiebungen

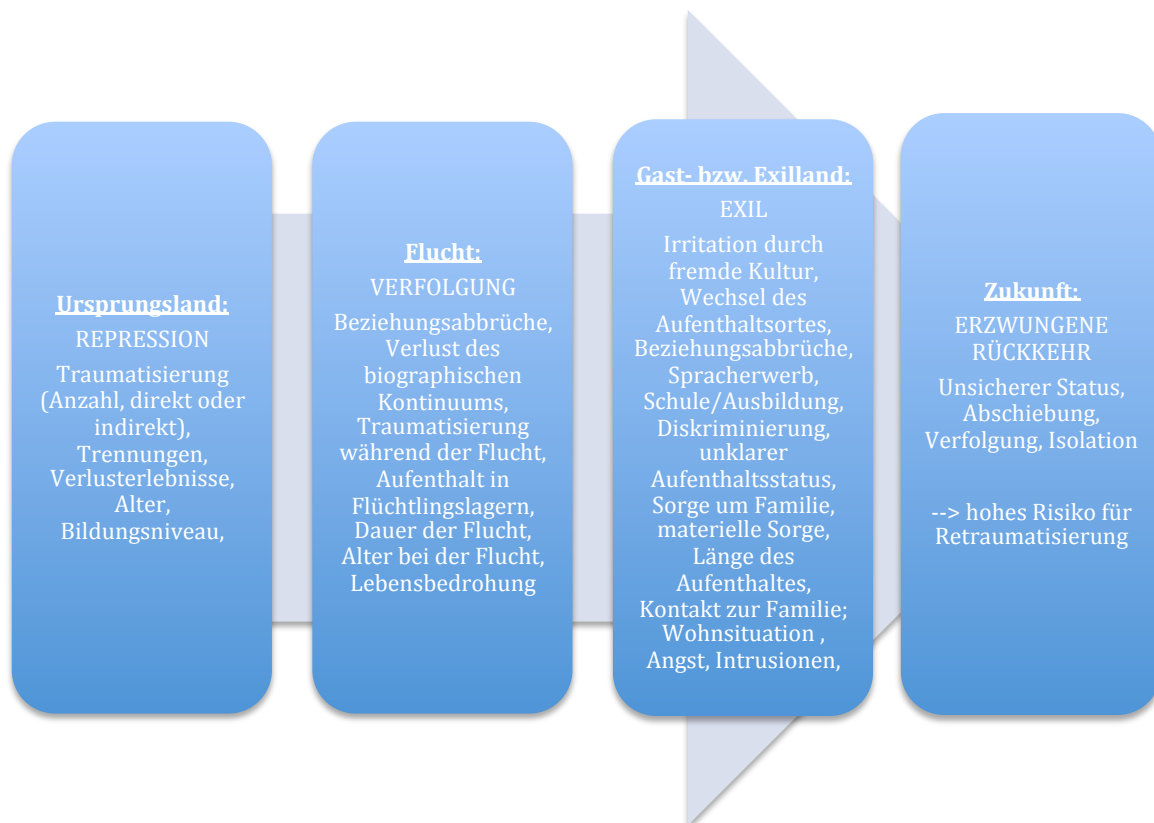


Abbildung 8_Belastungen und Belastungsfaktoren während der Flucht

Angelehnt an (Fegert, 2015) und (Schock, 2014)

und Unsicherheiten im Exil geprägt. Eine Münchner Studie (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge, 2008) befasste sich mit dieser Thematik und bestätigte die Annahmen von Keilson. Das bestehende Konzept der sequentiellen Traumatisierung,

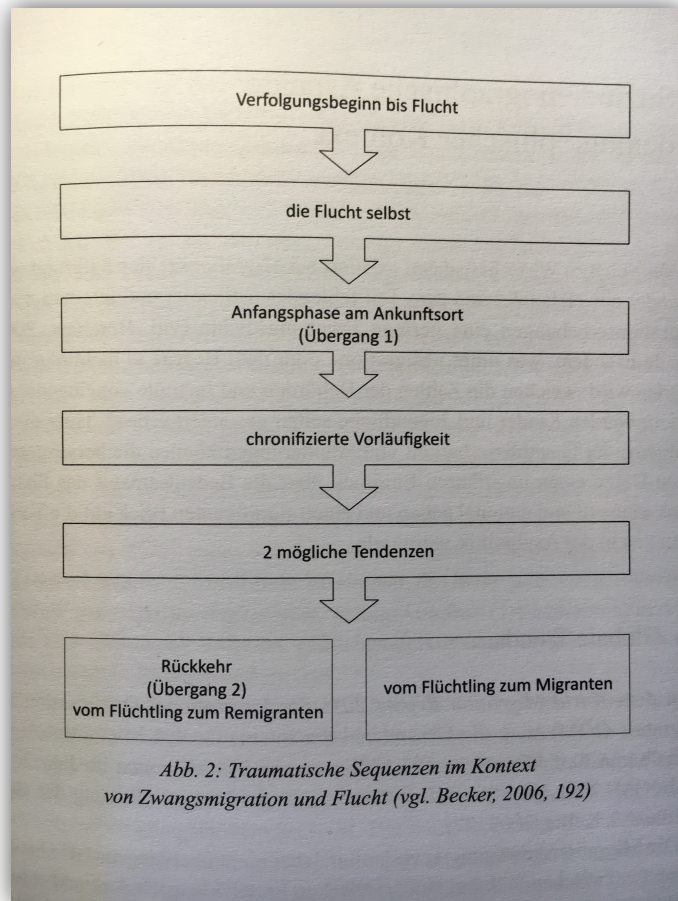


Abbildung 9_Traumatische Sequenzen nach Becker und Weyermann

(Hargasser, 2014, S. 35)

und Schleusern ausgeliefert und leiden vielmals unter massiver Angst. Die Anfangszeit, welche der Übergang 1 ausdrückt, zeichnet sich häufig durch weitere Unsicherheiten aus. Die umF sind meist über das was sie vorfinden schockiert und enttäuscht. In dieser Zeit des Ankommens nehmen sie vermehrt ihre psychischen Leiden wahr und sind mit ihrer Umwelt überfordert. Chronifizierte Vorläufigkeit beinhaltet die provisorische Akzeptanz der Situation. Dies kann zu einer starken Bindung an das Heimatland führen, gerade wenn der Betroffene einen negativen Asylbescheid (zum Beispiel Duldung) besitzt, was die Integration erschwert. Wird eine Rückkehr ausgeschlossen, ist meist ein hohes Maß an Integrationsbereitschaft vorhanden, was jedoch einen stärkeren Identitätsbruch mit sich zieht. Die fünfte Sequenz beschreibt eine Zeit, in der Visionen der Zukunft möglich sind, und wird als Zeit des Übergangs beschrieben. Die Remigration bzw. Migration stellt die sechste Sequenz dar (Hargasser, 2014, S. 33). Diese differenziertere Betrachtung der einzelnen Abschnitte einer Flucht verdeutlicht anschaulich, wie gefährdet und belastet die Personengruppe der umF ist und lässt kaum

welches von Keilson selbst reflektiert und weiterentwickelt wurde, arbeiteten David Becker und Barbara Weyermann inhaltlich kleingliedriger aus. Sie teilen die Flucht in insgesamt sechs Sequenzen auf und verfeinern das schon bestehende Traumatisierungsmodell (Abbildung 9).

Die erste Sequenz zeichnet sich durch die unfreiwillige Entscheidung zur Flucht aus. Die Zweite beschreibt die Flucht an sich, die eine erhöhte Lebensgefahr und die Gefahr beinhaltet, weitere traumatische Erfahrungen zu machen. Die Flüchtlinge sind den Schleppern

Zweifel offen, dass es in einer Vielzahl von Fällen zu psychischen Auffälligkeiten aufgrund von traumatischen Erfahrungen kommt.

5 Traumafolgestörungen

Bislang wurden die internen Ablaufprogramme bei Stress und bei traumatischen Erfahrungen beschrieben und erläutert. Des Weiteren wurden einige Situationen und Beispiele aufgezählt, die als traumatisch zu werten sind. Das Modell der sequentiellen Traumatisierung beschreibt ganz klar, dass umF aufgrund ihrer zweifellos vorhandenen besonderen Vulnerabilität und ihrer Fluchterfahrungen, die meist traumatisch sind, ein erhöhtes Risiko aufweisen, eine Traumafolgestörung zu entwickeln. Meist reiht sich Trauma an Trauma und es handelt sich kaum um eine traumatische Erfahrung. Dies ist eine Erklärung dafür, warum Individuen und in besonderem Maße umF die folgenden Krankheitszeichen entwickeln. Die Symptome sind Reaktionen mit kompensatorischem Charakter und müssen auch so verstanden werden. Es geht um Spannungsregulation oder es handelt sich um unwillkürliche Verarbeitungsprozesse (Albtraum, Herzrasen, Bildfetzen). Die durch die Traumatisierung initiierte Abspaltung von Körper und Verstand führt dazu, dass Symptome auch auf diesen beiden Ebenen angesiedelt sind. Die ICD-10 und der DSM-V helfen bei der Diagnose von Trauma und Traumafolgestörungen, was eine Grundlage für heilpädagogische Interventionsmaßnahme darstellt und umfasst Ereignisse, die „bei fast jedem Menschen eine tiefe seelische Erschütterung mit der Folge einer Überforderung des angeborenen biologischen Stresssystems verursachen“ (degpt.de). Die mangelnde Integrationsfähigkeit des traumatischen Erlebnisses aufgrund der stressinduzierten Überflutung des Gehirns führt zu einer inadäquaten Verarbeitung des Erlebten, was wiederum ein normales Abstand nehmen erschwert bis verhindert. Dieses Steckenbleiben kann zu zahlreichen Folgestörungen führen. In der Ausgestaltung und Formulierung klassischer Symptome finden sich in unterschiedlichen Literaturen verschiedene Erscheinungsformen. Zum einen werden Symptome eines Traumas beschrieben, die sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen kurz nach einem Erlebnis beobachtet werden, das sie nicht verkraften konnten (Levine & Kline, 2011, S. 60), zum anderen werden spezifische Symptome für eine konkrete psychiatrische Diagnose genannt. Klassische Kennzeichen für eine Traumareaktion sind Übererregung, Kontraktion, Dissoziation und Empfindungen von Taubheit und Erstarren (inklusive

dem Gefühl der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit). Diese Reaktionen zeigen alle Menschen jeden Alters und können somit als allgemeingültige Erkennungsmerkmale für ein Trauma angesehen werden (Levine & Kline, 2011, S. 60). Eine hohe Prävalenzrate in Bezug auf Trauma und Folgestörungen kann aufgrund der bisherigen Kenntnisse bei umF nicht überraschend sein. Wichtig an dieser Stelle ist der nochmalige Verweis auf die fehlerhafte Traumaverarbeitungsmöglichkeit und deren Folgen auf die Ereignisspeicherung im Gehirn (Abbildung 10). Das fragmentiert abgespeicherte Geschehen führt zu einigen Symptomen, da in gewissen Situationen das traumatische Erlebnis angetriggert wird und bruchstückhaft zum Vorschein kommt. In diesen Fällen wird das „hot memory“ mit seinen gespeicherten Erinnerungen, Gefühlen und Empfindungen aktiv. Dem deklarativen Gedächtnis, dem sogenannten „cold memory“, fehlen die zersplitterten Fragmente, um eine zeitliche Zuordnung herstellen und das Geschehen in die Vergangenheit ablegen zu können.



Abbildung 10_Gedächtnissysteme autobiographischer Erinnerungen

(Schock, 2014, S. 28)

5.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die akute Belastungsreaktion tritt als Vorstufe zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf und klingt normalerweise wieder nach Stunden oder Tagen ab. Die damit einhergehenden Symptome (Verstörung, Unruhe, Schlafstörungen, kurzfristige Amnesie, sich betäubt fühlen) sind erst einmal normale und typische Belastungsreaktionen und unterscheiden sich kaum von denen einer PTBS. Die

belastende Situation kann meist durch die Mechanismen „Fight or Flight“ aufgelöst werden oder es kommen andere Schutzfaktoren hinzu, die eine Bewältigung oder Verringerung der Belastung initiieren. In diesem Fall kann eine adäquate Verarbeitung gelingen. Klingen die Symptome innerhalb von 4 Wochen nicht deutlich ab oder kommt es sogar zu einer Intensivierung oder Ausbreitung dieser, kann es ein deutliches Zeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung sein, die sich durch drei zentrale Phänomene kennzeichnet:

- Hyperarousel (Übererregung)

Dieser Zustand ist durch eine permanente Hypervigilanz geprägt, da der Organismus darauf eingestellt ist, dass jeden Moment etwas passieren kann und somit in Alarmbereitschaft verweilt. Der Mensch empfindet sich in einer dauerhaften, schutzlosen und bedrohlichen Situation und sieht sich gezwungen, diese permanent zu kontrollieren, um bei Bedarf schnell einschreiten beziehungsweise entgegenwirken zu können. Dies stellt natürlich ein hohes Maß an Stress dar, wodurch keine objektive Einschätzung bedrohender Situationen stattfinden kann. Eine Situation wird als potenziell gefährlich eingestuft, obwohl diese nach objektiven Kriterien als harmlos zu bezeichnen ist. Die fehlende Einschätzungsfähigkeit denkbarer Gefahren führt meist zu Überängstlichkeit oder extremer Stresssensibilität die sich durch nachstehende Symptome zeigen:

- allgemeine Unruhe
- Nervosität
- erhöhte Wachsamkeit
- Konzentrations- und Leistungsschwächen
- Schreckhaftigkeit
- plötzliche aggressive Impulsdurchbrüche
- Enkopresis, Enuresis
- Verspannungen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen
- Bluthochdruck
- mangelnde Affekttoleranz
- Schlafstörungen
- Überschusshandlungen oder Orientierungslosigkeit (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 24) (Hantke & Görge, 2012, S. 87)

Viele umF schlafen zum Beispiel in ihrer Alltagskleidung, haben stets einen gepackten Rucksack neben ihrem Bett stehen und klagen häufig über

Schlafstörungen und andere eben genannte Symptome, was aus Erkenntnissen des Autors aus seinem Arbeitsbereich hervorgeht. Alltagsaufgaben und ein geregelter Tagesablauf stellen für diese Klientel große Schwierigkeiten dar. Das ständige „auf dem Sprung sein; auf der Hut sein“ blockiert und erschwert das Einlassen zum Beispiel im schulischen Kontext enorm. Die Aufnahme- und Leistungsfähigkeit ist stark gehemmt, da Energien und Ressourcen für die Aufrechterhaltung der erhöhten Wachsamkeit verwendet werden und diese unwillkürlich als oberste Priorität gesehen wird. Gereiztheit und impulsive Ausbrüche erschweren das Zusammenleben mit anderen Menschen extrem und belasten die Jugendlichen selbst. Neben der psychischen Anspannung kommt es häufig zu physischen Übererregungszuständen, bis hin zur Hyperaktivität, da Energien für Kampf- oder Fluchthandlungen zur Verfügung gestellt werden. Unruhe und aggressive Durchbrüche können laut Scherwath & Friedrich als ein Versuch zur Spannungsregulation gewertet werden (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 25).

- Intrusion (Wiedererleben)

Mit diesem Wort wird das bruchstückhafte oder vollständige Wiedererleben der traumatischen Situation beschrieben, das sich in Form von Bildern, Gedanken, Empfindungen und Alpträumen aufdrängen kann, den sogenannten Flashbacks. Es ist keine Trennung zwischen früher und jetzt möglich und die Empfindungen sind so stark und präsent wie bei dem traumatischen Erlebnis selbst. Meist werden die Flashbacks durch Trigger ausgelöst. Diese Schlüsselreize (Trigger) können auf allen Wahrnehmungsebenen zum Beispiel über Gerüche, Orte, Bewegungen, Bilder, Berührungen, bestimmte Worte, Verhaltensweisen und Jahreszeiten, Empfindungen, et cetera ausgelöst werden. Verwirrend wird es für die Betroffenen, wenn der auslösende Reiz der Reaktion aufgrund der defragmentierten Speicherung des Ursprungserlebnisses nicht zugeordnet werden kann. Flashbacks sind keine bloßen Erinnerungen, sondern lassen den Betroffenen wieder aktiv erleben. Er kann diese Nachhallerscheinungen nicht willentlich steuern und bekommt häufig nur Bruchstücke oder Teilfragmente der Erinnerung ab, die in unterschiedlicher Form zum Ausdruck kommen können.

- Schwitzen
- Panikzustände
- erhöhter Herzschlag

- Zittern
- Übelkeit oder plötzliche Taubheit
- Schwindel

Nur wenig Einfluss auf die Erlebnisse nehmen zu können, verursacht bei vielen umF ein Gefühl der Hilflosigkeit. Trotz der gravierenden und einschneidenden Merkmale von Intrusionen, versucht der Organismus sich selbst zu heilen, indem er sein Reparaturprogramm startet, um die zersplitterten unsortierten und weit verteilten Erlebnisbruchstücke adäquat zu verarbeiten. Dieser Prozess kann mit therapeutischer Hilfe unterstützt werden. Ist dies nicht gegeben, besteht die Gefahr der Retraumatisierung, da eine Einordnung der Erinnerungsfragmente in das biografische Gedächtnis ohne therapeutisches Zutun meist misslingt (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie).

- Konstriktion (Vermeiden)

Konstriktion bedeutet soviel wie Zusammenschnüren und beschreibt im Kontext der Psychologie ein Vermeidungsverhalten, welches als Versuch gedeutet werden kann, dem Organismus Ruhe und Erholung zu verschaffen. Vermeidungsverhalten (Avoidance) verfolgt das Ziel, sich Intrusionen komplett zu entziehen. Dies bedeutet, dass der Kontakt zu jeglichen möglichen Triggern komplett vermieden wird. Somit werden Situationen, Menschen, Anlässe, Gespräche, et cetera gemieden, die in irgendeiner Form an das traumatische Erlebnis erinnern oder Stress auslösen könnten. Diese eigens auferlegten Verhaltens- und Vermeidungsmuster führen meist zu einer massiven Einengung der eigenen Lebensqualität und Lebensführung, was die Begrifflichkeit „Zusammenschnüren“ beschreibt. Meist schützt die Strategie der Vermeidung jedoch nicht vor erneuten Angstzuständen, da die Schlüsselreize dem Bewusstsein oft nicht zugänglich sind. Darüber hinaus wird die gute Intention der Intrusion und der Reintegration von abgespaltenen Erinnerungsstücken behindert, erschwert und unterbunden. Konstriktion beinhaltet auch Bewusstseinsveränderungen im Sinne von dissoziativen Zuständen als Schutz gegen Übererregung. Hierbei wird der Betroffene in einen Zustand der emotionalen Betäubung versetzt, erlebt sich permanent oder teilweise als abgespalten zu sich und der aktuellen Situation oder es kommt zu Amnesien. Im Alltag mit umF zeigt sich dies an folgenden Reaktionen und Verhaltensweisen, die auch mit dem Zustand der Unterspannung in Verbindung zu bringen sind (Abbildung 11).

- verzögerte oder ausbleibende Reaktionen
- scheinbare Vergesslichkeit
- Abstreiten
- Verleugnen eigener Handlungen
- aus dem Kontakt gehen
- Lähmungserscheinungen, Bewegungsstörungen
- Depression
- Antriebslosigkeit
- Ohnmachtsanfälle
- plötzliches Einschlafen

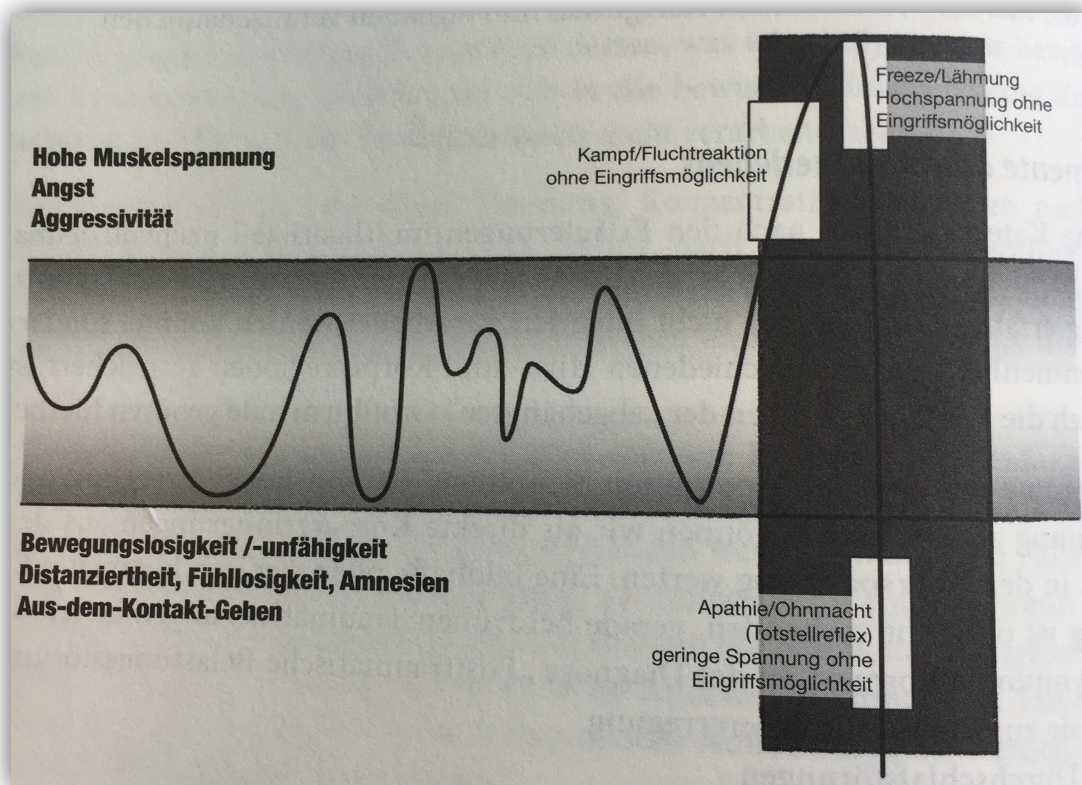


Abbildung 11_Konstriktion aufgrund Unterspannung

(Hantke & Görge, 2012, S. 88)

Sieht und erkennt man diese konkreten Vermeidungshandlungen nicht, oder werden diese im Alltag nicht mit einer möglichen PTBS verknüpft, könnten die Symptome leicht als dissoziales oder oppositionelles Verhalten gewertet werden, welches eine andere pädagogische Intervention benötigt, als eine PTBS.

5.2 Komorbide Störungen

Neben der PTBS und den damit verbundenen Symptomen kann es zu weiteren Krankheitszeichen kommen, die nach der ICD-10 einem eigenen Krankheitsbild zugeordnet werden können. In diesem Fall liefert die Literatur unterschiedliche Ergebnisse und es kann nicht eindeutig eruiert und ab- beziehungsweise eingegrenzt werden, welche weiteren Störungen als Folge von Trauma(ta) entstehen oder von einer PTBS begünstigt werden. Die Fachzeitschrift „Trauma & Gewalt“ benennt folgende Störungen als die häufigsten Folge- und Begleitprobleme der PTBS:

- Angststörungen
- Depressionen
- Suizidalität
- Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -sucht
- Somatisierungsstörungen
- Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Köllner & Maercker, 2011, S. 238)

Im selben Heft werden in einem anderen Artikel unter der Überschrift „Weitere Traumafolgestörungen sind“ die nachstehenden Diagnosen genannt:

- dissoziative Störungsbilder F44
- somatoforme Schmerzstörung F45.4 und
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F60.3 (Flatten, et al., 2011, S.

202). Ein weiterer Versuch psychopathologische Veränderungen als Folge von einem Trauma zusammenzufassen und abzubilden findet sich in Abbildung 12.

Reddemann und Dehner-Rau schreiben, dass es neben den typischen Symptomen einer PTBS häufig zu Ängsten,

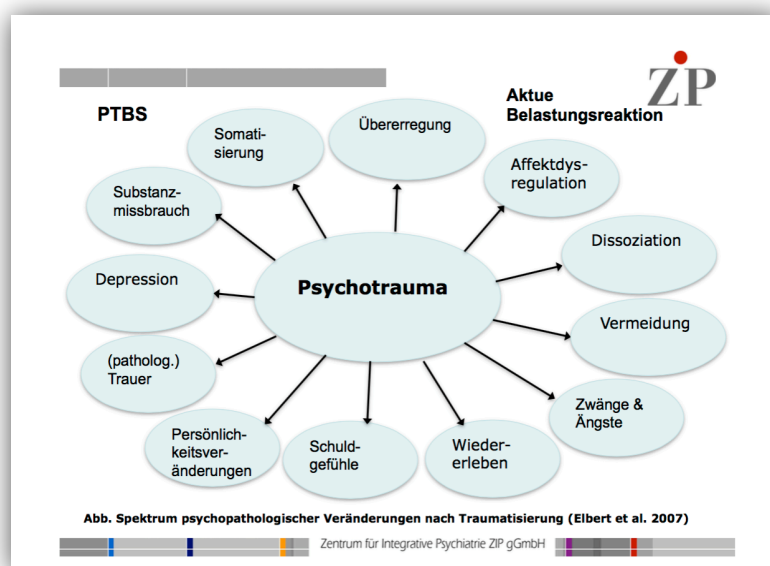


Abbildung 12_Spektrum psychopathologischer Veränderungen nach Traumatisierung

Depression, Schmerzen, Zwängen, Essstörungen oder süchtigem Verhalten kommt und betonen, dass sich alle (Plus)Symptome zu eigenständigen Störungen entwickeln können (Reddemann & Dehner-Rau, 2004, S. 52).

5.3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Die Betrachtung legt die Spannbreite der (potenziellen) komorbiden Störungen dar und zeigt ebenso die Schwierigkeiten auf, die sich mit der differenzierten Betrachtung und Diagnosefindung traumainduzierter (pathologischer) Störungen ergeben. Eine klare und allgemeingültige Zuschreibung scheint es nach aktuellem Kenntnisstand nicht zu geben. Reddemann und Dehner-Rau, sowie Scherwath und Friedrich weisen auf eine weitere Form der Traumafolgestörung hin, die sogenannte komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Disorder of extreme stressnat otherwise specified - DESNOS). Diese Form der PTBS erweitert das Kriterienspektrum, umfasst weitere Krankheiten und formt diese zu einer pathologischen Störung, für die es aktuell jedoch kein eigenes Diagnosekriterium gibt und die im ICD-10 noch nicht berücksichtigt wird (Reddemann & Dehner-Rau, 2004, S. 52). Konkret erweitert sich die PTBS um Symptome im Bereich der Gefühlsregulation. Im Besonderen werden hier selbstverletzendes Verhalten und chronisches Empfinden von Sinn- und Hoffnungslosigkeit verbunden mit Suizidgedanken oder Suizidalität auf der deskriptiven Ebene genannt (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 29)). Komplexe Traumastörungen werden nach den Klassifikationskriterien des ICD-10 häufig als „andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung“ diagnostiziert und eingeordnet.

6 Studien zum Thema unbegleitete minderjährige Flüchtlinge & Trauma

Die Personengruppe der umF kann mit einigen Attributen und Stigmata besetzt werden, die sich aufgrund der individuellen und generellen Erfahrungen ergeben. Schlagwörter wie „schutzbedürftig“, „Autonomie“, „Motivation“, „Verletzlichkeit“ und besonders „Trauma“, werden sehr häufig mit dem Begriff umF in Verbindung gebracht. Der Fokus liegt aufgrund der putativen Opferrolle vielfach auf der Psychopathologie, welche durch die stigmatisierende Betitelung dieser Personengruppe durch die drei Worte „unbegleitet, minderjährig, Flüchtling“ vordergründig zu sein scheint, da „schwach“ und „hilfsbedürftig“ damit in Verbindung gebracht wird. Im Zuge dieser Arbeit konnte die

immer wieder angenommene Korrelation von Flucht beziehungsweise umF und Trauma aufgrund mangelnder Quellen nur schwer verifiziert werden. Die Epidemiologie liefert wenige stichhaltige aktuelle Ergebnisse oder Zahlen zu diesem Thema. In vielen Literaturen wird von einer hohen Korrelation von Flucht und Trauma ausgegangen und lediglich Symptome und Konzepte der Begleitung und Therapie benannt, die exemplarisch erwähnt werden: *„Viele UMF leiden zudem aufgrund der Erlebnisse, die zur Flucht geführt haben oder aufgrund von Erlebnissen während der Flucht unter Traumata und anderen psychischen (wie auch physischen) Erkrankungen“* (Detemple, 2013, S. 30). Selbst das Buch *„Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe“* nennt keine Zahlen und Fakten zur Prävalenz von Trauma, sondern konstatiert lediglich in der Einführung: *„Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (UMF), die besonders starken Belastungen ausgesetzt sind, oft ganz auf sich selbst gestellt den Verlust ihres Landes und ihrer Familienangehörigen bewältigen, die erlebten Traumatisierungen verarbeiten ...“* (Weeber & Süleyman, 2014, S. 9).

Eine Studie beschäftigte die sich mit der Belastung von 55 jungen unbegleiteten Flüchtlingen im Alter von elf bis 17 Jahren in einer Münchner Flüchtlingsunterkunft. Es wurde darauf hingewiesen, dass es nur wenige andere Studien zum damaligen Zeitpunkt gab, die sich mit psychischen Belastungen von Flüchtlingskindern beschäftigen. Die Ergebnisse wurden mit dem Youth Self Report (YSR) und dem Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ermittelt. Während des halbstrukturierten Interviews wurden die Jugendlichen ausführlich zu den Exilbedingungen und zu vergangenen Kriegs- und Fluchterfahrungen befragt. Diese Inhalte wurden mithilfe der genannten Testverfahren ausgewertet. Viele Probanden hatten auf den Symptomskalen auffällige Werte und zeigten sich in Bezug auf ihre vergangenen Erfahrungen und ihre aktuellen Exilbedingungen deutlich belastet. Es wurde deutlich, dass exilbedingte familiäre Belastungen hoch mit aktuellen psychischen Problemen und Auffälligkeiten korrelierten (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge, 2008, S. 224).

Brigitte Hargasser's hermeneutische Forschung ergab hier deutlich aussagekräftigere Zahlen, Fakten und Ergebnisse. So lässt sich konstatieren, dass in unterschiedlichen Studien die Punktprävalenz für eine PTBS (posttraumatische Belastungsstörung), Depression oder Angststörung bei umF signifikant höher als in der deutschen Bevölkerung oder anderen Bevölkerungsgruppen ist. Ein durch Refugio München durchgeführtes Projekt ergab, dass von 57 interviewten umF, 37 (64%) die Kriterien für eine PTBS erfüllen und sieben Personen (12%) die Kriterien für eine akute

Belastungsstörung. Wenn die Symptome jedoch länger anhalten, sind auch hier die Kriterien einer PTBS erfüllt (Refugio München, 2010). Kritisch muss angemerkt werden, dass die Diagnose „akute Belastungsstörung“ in dieser Form nicht in der ICD-10 vorkommt und richtigerweise „akute Belastungsreaktion“ heißen müsste. Dieser Studie

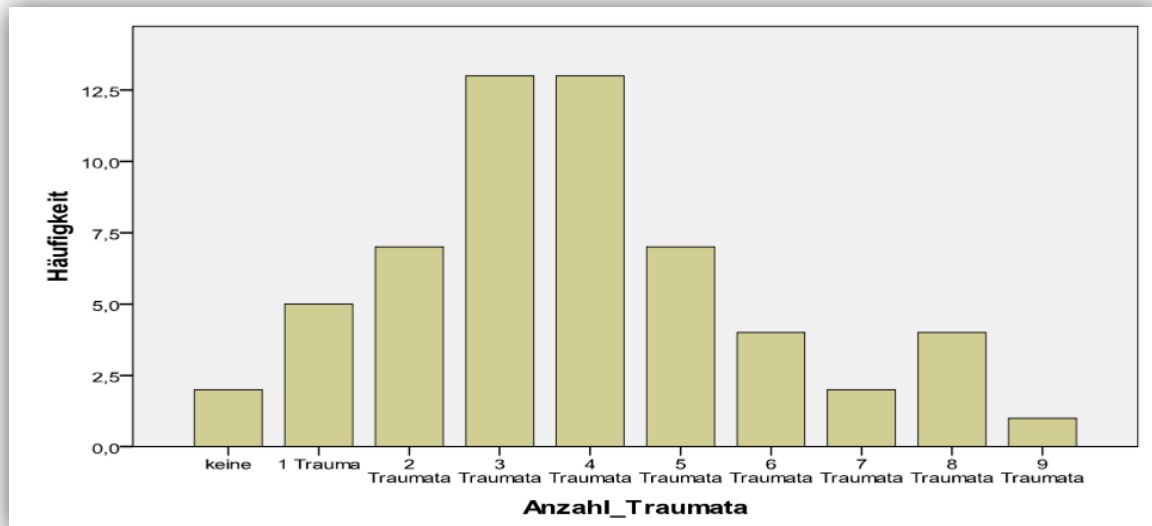


Abbildung 13_Anzahl Traumata

(REFUGIO München, S. 2)

zur Folge wiesen gerade einmal 12 Jugendliche (21%) keine Symptome einer PTBS auf. Ein Großteil der Befragten erlitten weit mehr als eine traumatische Situation (Abbildung 13). Hargasser stellte in ihrer qualitativen Studie fest, dass zwei Drittel der Befragten, 12 oder mehr wahrscheinliche traumatische Erfahrungen gemacht haben, was eine erschreckend hohe Zahl darstellt. Ergänzend verdeutlicht Abbildung 14 die umf spezifischen traumatischen Situationen und die Häufigkeit der erlebten Situationen. Die Universität in Konstanz ermittelte eine Punktprävalenz bei AsylbewerberInnen von

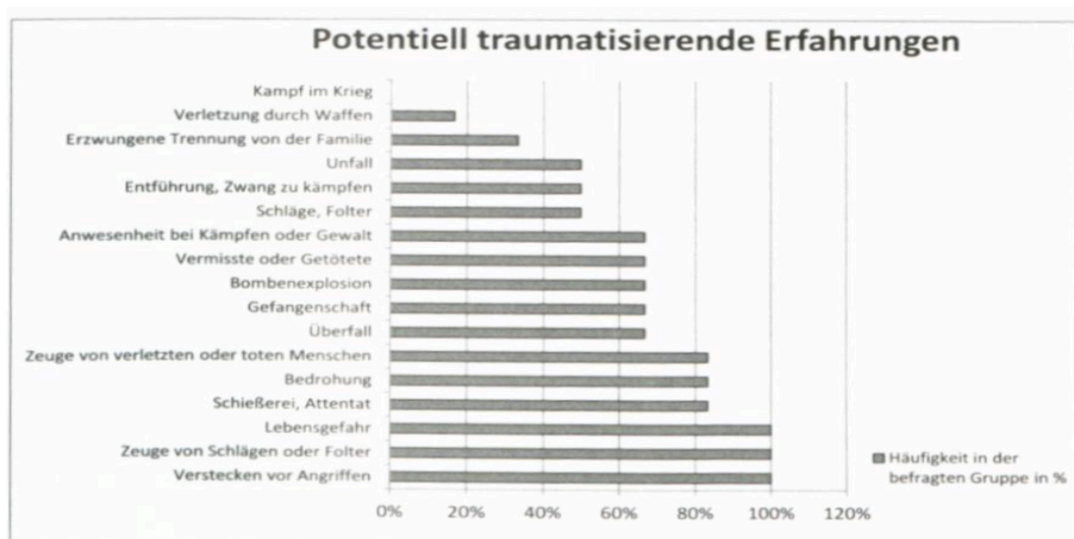


Abbildung 14_Häufigkeit von typischen Traumaerfahrungen

(Hargasser, 2014, S. 147)

40% für PTBS (Hargasser, 2014, S. 92f). Hargasser bezieht sich in ihrem Buch auch auf konkrete Studien, welche die Fluchtgründe und Erfahrungen konkretisieren und eruiert haben (Hargasser, 2014, S. 86ff). Rassenhofer et al. veröffentlichten konkretere, wenn auch stark auseinanderklaffende Zahlen in Bezug auf psychische Auffälligkeiten bei umF. Je nach eingesetzter Methode und Instrument liegt die Punktprävalenz bei 20-80%, was die Symptome einer PTBS betrifft. Darüber hinaus weisen die Probanden Symptome von Angst und Depression auf (Rassenhofer, Fegert, Plener, & Witt, 2016, S. 99). Trotz der großen Bandbreite der Ergebnisse, weisen alle Untersuchungen und faktenbasierte Annahmen auf eine deutlich erhöhte Gefahr hin, dass umF potenziell gefährdeter sind, psychisch zu erkranken. Möhler et. al beziehen sich in ihrem Editorial, welches sich speziell mit dem Thema der Diagnostik und Behandlung von umF beschäftigt, lediglich auf die schon aufgeführten Herren Witt, Rassenhofer, Fegert und Plener, was konkrete Zahlen und Fakten angeht. Dennoch betonen diese auch, dass es schon frühzeitig zu beobachtbaren Auffälligkeiten wie massive Schlafprobleme, Albträume, Hypervigilanz und emotionaler Dysregulation kommt, welche Anzeichen für eine PTBS oder eine psychopathologische Folgeerkrankung sein können. Aufgrund der geringeren Schutzfaktoren gegenüber anderen Migrantengruppen besteht ein erheblicher Trend zur Chronifizierung (Möhler, Simons, Herpertz-Dahlmann, Schulte-Markwort, & Fegert, 2015, S. 382). Diesen Trend unterstreicht Brigitte Hargasser mit ihrer Aufzählung und der inhaltlichen Auseinandersetzung mit diversen Studienergebnissen, die alle ein erhöhtes Risiko bei umF ermittelten an einer psychischen Störung zu erkranken, wenn diese nicht sogar schon vorhanden ist (Hargasser, 2014, S. 94ff). Begünstigend kommt häufig die fehlende psychotherapeutische Hilfe hinzu, die ein frühzeitiges Erkennen im Alltag voraussetzt, um passende Maßnahmen einleiten zu können. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Deutschland, was die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Klientel umF angeht, noch erheblichen Nachholbedarf hat. So gibt es aktuell noch kein einheitliches Trauma-Screening und es fehlt an neuen Standards und Leitlinien. Ob und wann es so etwas geben wird, ist momentan nicht absehbar, weshalb die Praxis in der Verpflichtung ist und in der Verantwortung steht, eigeninitiativ tätig zu werden und Hilfsmittel für den Umgang mit der vulnerabelsten Flüchtlingsgruppe zu entwickeln. Anzustreben sind ein besseres Verstehen und abgestimmte, fundierte pädagogische Maßnahmen. Im amerikanischen Raum existiert eine Übersicht über diverse Messinstrumente für Kinder und Jugendliche in Bezug auf Trauma (Strand,

Pasquale, & Sarmiento). Eine ähnliche Auflistung für den deutschsprachigen Raum ist längst überfällig und muss dringend nachgeholt werden.

7 Heilpädagogische Diagnostik bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

UmF sind häufig traumatisiert, zeigen vermehrt psychische Auffälligkeiten und verfügen über unzureichende Resilienzfaktoren. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige und valide Diagnostik von enormer Wichtigkeit, um eine zielführende Hilfeplanung initiieren zu können. Trotz der bestehenden Gefahr die meist schon vorhandene Stigmatisierung und Pathologisierung von umF zu begünstigen, scheint eine Fokussierung auf die negativen Erfahrungen aktuell das Gewinnbringendste für diese Klientel zu sein, da sich aus einem klar definierten Defizit oder einer krankhaften Störung spezielle Hilfen ergeben und ableiten lassen. Auch wenn es vorerst so erscheinen könnte, dass diese Herangehensweise heilpädagogische Prinzipien, zum Beispiel die Ressourcenorientierung missachten würde, ist dies nicht gegeben. Heilpädagogische Diagnostik ist Förderdiagnostik und dient zum besseren Verstehen und zu einer fundierten Begleitung, Bildung und Förderung. Um valide Ergebnisse erhalten zu können, bedarf es Instrumenten die auch die kulturellen Unterschiedlichkeiten berücksichtigen. Nach aktuellem Kenntnisstand, der sich auf die Recherchearbeiten im Zuge dieser Arbeit bezieht, gibt es derzeit in Deutschland keine Übersicht über valide Erhebungsinstrumente für die spezifische Gruppe der umF. Dies wäre jedoch notwendig, da sich umF von begleiteten Flüchtlingen unterscheiden. Diese Unterschiede fließen auch erschwerend in die Diagnostik mit ein. Es gibt somit kein Familienmitglied, welches zum Beispiel Fragebögen zu dem Jugendlichen ausfüllen oder Fragen beantworten kann. Ebenso erfährt der Jugendliche im Diagnostikverfahren keine emotionale Unterstützung. Die Anamnese kann im psychiatrischen und heilpädagogischen Kontext nur unzureichend erstellt werden. Die Eltern fehlen als „Zwischenschaltung“, wenn es um mündliche Verfahren mithilfe eines Sprachmittlers geht. Ein Vorher-nachher-Vergleich des Jugendlichen kann ohne Rückmeldung und Einschätzung der Eltern oder Angehörigen nicht stattfinden. Das heißt, dass es Messinstrumente braucht, die in unterschiedlichen Sprachen vorliegen, kulturell angepasst und auch für Analphabeten einsetzbar sind (Rassenhofer, Fegert, Plener, & Witt, 2016, S. 100). Die systematische Literaturrecherche brachte vier

Screeningverfahren für umF zum Vorschein, die zumindest das Gütekriterium der Validität erfüllen. Alle Ergebnisse stammen jedoch aus einer Arbeitsgruppe. Zur Anwendung kamen der *Reactions of Adolescents to Traumatic Stress Questionnaire (RATS)*, der zur Erfassung posttraumatischer Stresssymptomatik dient und die *Hopkins Symptom Checklist-37 (HSCL-37A)*, die internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten erhebt, die in Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen und Reaktionen gebracht werden. Beide Verfahren basieren auf einem Selbstbericht und werden von den Autoren als valide und reliable Verfahren eingestuft. Ergänzend dazu fand die *Stressful Life Events Checklist (SLE)* noch Anwendung. Als valide

104 M. Rassenhofer et al.

Tabelle 1: Für den Einsatz bei UMF validierte Screening-Instrumente

Studie	Zu validierendes Verfahren	Erfasste Symptomatik	Validierungstichprobe
Selbstbericht			
Bean et al., 2006a	<i>Reactions of Adolescents to Traumatic Stress Questionnaire (RATS)</i> Bean et al., (2006)	Posttraumatische Stresssymptome bei Jugendlichen (12 bis 18 Jahre) mit verschiedenen kulturellen Hintergründen	N = 920 UMF (Gastland: Niederlande) <i>Kontrollgruppen:</i> N = 1.059 niederländische Jugendliche N = 939 jugendliche Flüchtlinge/Einwanderer (Gastland: Belgien) N = 617 belgische Jugendliche
Bean et al., 2007a	<i>Hopkins Symptom Checklist-37 (HSCL-37A)</i> Bean et al., (2007a)	Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten, die mit Reaktionen auf traumatische Erlebnisse in Zusammenhang stehen	N = 920 UMF (Gastland: Niederlande) <i>Kontrollgruppen:</i> N = 1.059 niederländische Jugendliche N = 1.294 jugendliche Flüchtlinge/Einwanderer (Gastland: Belgien) N = 617 belgische Jugendliche
Fremdbericht			
Bean et al., 2006b	<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> Achenbach, (1991a); Achenbach & Edelbrock, (1983)	Unangepasste emotionale Zustände und Problemverhalten von Kindern und Jugendlichen; externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten	N = 478 gesetzliche Vormünder der teilnehmenden UMF
Bean et al., 2007b	<i>Teacher Report Form (TRF)</i> Achenbach, (1991b)	Unangepasste emotionale Zustände und Problemverhalten von Kindern und Jugendlichen; externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten	N = 486 ausgefüllte TRFs von ca. N = 400 Lehrern der teilnehmenden UMF

Abbildung 15_ umF spezifische Screening-Instrumente

(Rassenhofer, Fegert, Plener, & Witt, 2016, S. 104)

klare Indikation für ein oder mehrere Verfahren vorhanden sein. Die Praxiserfahrung aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe des Autors zeigt, dass sich der Umgang mit dieser Klientel aufgrund diverser Faktoren massiv im Vergleich zu deutschen Kindern und Jugendlichen unterscheidet. Besondere Erschwernisse sind die meist

Fremdberichtsverfahren werden die *Child Behavior Checklist (CBCL)* und der *Teacher Report Form (TRF)* genannt (Rassenhofer, Fegert, Plener, & Witt, 2016, S. 102). Eine Übersicht zeigt Abbildung 15. Aufgrund der unterschiedlichen Screeningansätze ergeben sich auch unterschiedliche Aufwände für die Durchführung und Auswertung. Ebenso haben die Verfahren verschiedene Schwerpunkte und sind in ihrer groben Unterteilung entweder störungsspezifisch oder als Breitband-Screening angelegt. Somit muss schon im Vorfeld eine

anhaltende Sprachbarriere und der häufig unauflösliche kulturelle Unterschied und die damit verbundenen Probleme, Unklarheiten und Missverständnisse. Die Pädagogen, aber auch die Jugendlichen, scheinen mit der alltäglichen Lebensgestaltung an ihre Grenzen zu stoßen, zumal jede Konversation deutlich länger als mit deutschen Jugendlichen dauert und vorrangig neben dem Spracherwerb, lebenspraktische Fähigkeiten im neuen Kulturkreis erlernt werden müssen. Die Jugendlichen benötigen hierbei meist eine enge Begleitung. Aufgrund dieser Aufgaben und Erschwernisse ist ein genaues diagnostisches Beobachten und Bewerten im Gruppenalltag nur schwer möglich, aber definitiv von Nöten, um zielgerichtet helfen zu können. Um dies trotz der geschilderten Barrieren zu ermöglichen, braucht es klare und verständliche Hilfsmittel für die Pädagogen, die auch das Gütekriterium der Ökonomie zu erfüllen haben. Aus heilpädagogischer Sicht scheint es unumgänglich zu sein, die diagnostische Lücke zwischen Alltagspädagogik und psychiatrischer Anbindung zu schließen. Die alltägliche Heilpädagogik kann hierfür einen wichtigen Beitrag leisten, indem differenziert und fundiert beobachtet wird und die Ergebnisse systematisch dokumentiert und ausgewertet werden. Im Bereich der Alltagsdiagnostik muss die Heilpädagogik ihr Selbstverständnis massiv aufbessern und darf sich nicht weiterhin hinter anderen Professionen einreihen, klein machen und verstecken. Heilpädagogik als eklektische Wissenschaft kann genau in diesem Bereich praktische Heilpädagogik und alltagstauglich werden. Diese Berufsgruppe muss weiterhin mutig in den Bereich der Diagnostik einsteigen. Heilpädagogen, ob staatlich anerkannt oder mit Bachelorabschluss, sind aufgrund ihrer Profession und Ausbildung legitimiert und kompetent, eine fachlich fundierte Diagnostik zu erheben und sich im Zuge des beruflichen Profils am Fachwissen anderer Disziplinen zu bedienen, um letztendlich ihr Eigenes zu kreieren. Hierbei geht es fortlaufend und konsequent um das Verstehen und die Förderung ihrer Klientel. Eine heilpädagogische Diagnostik führt zu einer ersten fachlichen Einschätzung, die weitere diagnostische oder heilpädagogische Interventionsmaßnahmen legitimieren und somit den betroffenen Menschen aktiv helfen. Konkret braucht es als Vorstufe für das an sich schon schwierige psychiatrische/psychologische Diagnoseverfahren Instrumente für die Arbeit mit umF, welche die relevantesten traumainduzierten Störungen und Symptome auf der Grundlage einer Fremdbeurteilung abfragt. Ein Selbsteinschätzungsbogen kommt als erstes Mittel der Wahl aufgrund diverser Gründe nicht zum Tragen. Zum Einen verhindert die vorhandene Sprachbarriere das Ausfüllen des Fragebogens, wenn dieser

nicht gelesen werden kann, zum Anderen muss eine erste Selbsteinschätzung, falls es den Bogen in der Muttersprache gibt und dieser gelesen werden kann, kritisch ausgewertet und die Antworten hinterfragt werden. Die Jugendlichen mussten bis zum Erreichen der Jugendhilfe vielfach ihre Geschichte berichten. Häufig wussten sie nicht warum und zu welchem Zweck sie dies erneut tun sollen. Aufgrund mangelnden Vertrauens und anfänglich bestehenden Unsicherheiten in Bezug auf das Betreuungspersonal zeigen und formulieren Jugendliche meist sehr gefiltert, was in ihnen vorgeht, was die Ergebnisse eines Selbstbeurteilungsbogens massiv verfälschen würde. Die durch Rassenhofer et. al evaluierten Screeningverfahren, die auf Fremdbeurteilung basieren, bewerten und messen zum Einen allgemeine Verhaltensauffälligkeiten und erfüllen die meist notwendige Störungsspezifität nicht, zum Anderen sind diese kostenpflichtig und für den alltäglichen Einsatz aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten und Mittel somit meist ungeeignet, was die Entwicklung eines eigenen Screeningverfahrens für umF sinnig macht. Angestrebt wird hierbei die Erfüllung der etablierten Gütekriterien der Validität, der Reliabilität, der Objektivität und der Ökonomie von Testverfahren.

7.1 Quantitative Studie zum Kohärenzwert bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Um den Kohärenzwert herauszufinden, stand eine Normgruppe (N=9) im Alter von 15 bis 18 Jahren zur Verfügung, wobei die Altersangaben nicht verifiziert werden konnten. Alle neun Probanden waren afghanische Staatsbürger. Sie waren über das Vorhaben informiert und hatten der Teilnahme zugestimmt. Die Testpersonen wiesen unterschiedliche schulische Vorerfahrungen auf, welche von ausreichend gebildeten Menschen mit Schulerfahrung bis hin zu Analphabeten reichen. Ebenso kamen diese aus unterschiedlichen sozialen Schichten. Laut Berichterstattungen der Jugendlichen ähnelten sich die Lebens- und Fluchtgeschichten und Fluchtgründe einerseits, andererseits unterschieden sie sich jedoch in bestimmten Bereichen erheblich. Nach der Sichtung der Fluchtprotokolle war davon auszugehen, dass die Flucht, sowie die Erfahrungen in ihrer Heimat und im Exilland für alle Beteiligten eine prägende und intensive Zeit gewesen sein muss. Im Folgenden wird eruiert, welche Konsequenzen diese diversen und einschneidenden Einflüsse und Geschehnisse auf die jungen Menschen hatten. Der Kohärenzwert als globale Größe beschreibt ein dynamisches und fortwährendes Gefühl der Zuversicht und gibt Auskunft über das aktuelle Empfinden.

Der Kohärenzwert wird mit Hilfe des „Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Skala) nach Aaron Antonovsky ermittelt. Der Fragebogen ist in seinen Texten häufig als „SOC-Fragebogen“ oder als „Fragebogen zum Kohärenzwert“ betitelt. Da dieser 1987 veröffentlichte Bogen jedoch die Überschrift „Fragebogen zur Lebensorientierung“ trägt, wird er in dieser Arbeit auch so benannt (Antonovsky, 1997, S. 191). Der Fragebogen wurde von einem Dolmetscher in die Muttersprache der Probanden in Schriftform übersetzt, sodass die Verständlichkeit der Fragen gewährleistet ist. Für Analphabeten wurde der Fragebogen vorgelesen. Dieser *„basiert auf den Daten von 51 qualitativen Interviews, in denen die befragten Personen über ihr Leben berichteten; die Interviewpartner waren Menschen, die schwersten Belastungen ausgesetzt waren und dennoch bemerkenswert gut mit ihrem Leben zurechtgekommen schienen“* (Bendel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 40). Die Items erfassen eine Grundhaltung im Sinne einer dispositionellen Orientierung und sollen transkulturell anwendbar sein (Bendel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 40f). Sie setzen sich aus den drei Bereichen „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ zusammen. Der Fragebogen ist in allen zwei Ausführungen (Deutsch, Persisch) im Anhang 1 und 2 einsehbar.

7.1.1 Auswertung

Der Rücklauf der Fragebögen lag bei 77,7%. Die 29 Items mit ihren siebenstufigen Einschätzskalen, von denen jeweils elf den Bereich „Verstehbarkeit“, zehn den Bereich „Handhabbarkeit“ und acht den Bereich „Bedeutsamkeit“ erfragen, haben eine Spannweite von 29-203. Der rechnerische Mittelwert beträgt somit 116. *„Die Werte in den einzelnen Komponenten des SOC und der SOC-Gesamtwert ergeben sich durch Addition der Skalenwerte, wobei die in der Spalte „Polung“ gekennzeichnete Richtung (positiv/negativ) berücksichtigt werden muss...“* (Antonovsky, 1997, S. 196).

Der SOC-Mittelwert aller abgegebenen Bögen liegt bei 123,6. Eine grafische Darstellung der einzelnen Fragebögen wird im Anhang 3 zur Verfügung gestellt.

7.1.2 Interpretation und Relevanz für die Praxis

Aufgrund der fehlenden Normwerte des SOC, lassen sich diese Ergebnisse lediglich mit denen anderer Gruppen vergleichen. Im Buch „Salutogenese_zur Entmystifizierung der Gesundheit“ liegen einige Studien und SOC-Mittelwerte vor. In der Literatur ist kein Wert benannt, der zum Beispiel für einen niedrigen, mittleren oder hohen Kohärenzwert steht. Es wird lediglich immer innerhalb einer getesteten Gruppe differenziert betrachtet und verglichen. Somit fehlt die allgemeine Klassifizierung der Werte in die

Bereiche „geringer, mittlerer und hoher Kohärenzwert“. Als Referenzwert für diese Studie wird hier der Mittelwert aus verschiedenen Untersuchungen genommen, die in Tabelle 1 bei Antonovsky aufgelistet sind (Antonovsky, 1997, S. 175). Der hier errechnete Mittelwert liegt bei 143,1. Frankes niedrigster bekannter Wert ist bei einer Gruppe von Heroinkonsumenten gemessen worden, bei denen der mittlere SOC bei 109,1 lag (Antonovsky, 1997, S. 183). Da sich der Kohärenzwert aus den drei Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ zusammensetzt und als Generalfaktor zu sehen ist, besteht keine validierte Möglichkeit, die Komponenten separat zu betrachten, beziehungsweise diese einzeln zu interpretieren, was Franke ebenfalls in seinem Buch aufführt (Antonovsky, 1997, S. 175).

Aktuell lässt sich konstatieren, dass die Testgruppe mit ihrem SOC-Mittelwert von 123,6 im unteren Normbereich zu liegen scheint. Von diesem Mittelwert ausgehend, der noch über dem rechnerischen SOC-Mittel, aber schon deutlich unter der benannten Referenzgruppe liegt, lässt darauf schließen, dass die Klientel über scheinbar zufriedenstellende Copingstrategien und einer adäquaten Resilienz verfügen, wenn man die möglichen und anzunehmenden Stressoren berücksichtigt. Somit scheinen sie auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum des salutogenetischen Modells nicht auf der pathologischen Seite, sondern eher auf der Seite von Gesundheit zu liegen.

Aus heilpädagogischer Sicht muss dieses Testverfahren und diese Herangehensweise äußerst kritisch hinterfragt werden. Das Messinstrument ist für diese Zwecke aufgrund seiner begrenzten Auswertungs- bzw. Interpretationsmöglichkeiten nicht valide.

Aufgrund der Tatsache, dass die Ergebnisse für die praktische Arbeit mit dieser Klientel unzureichend verwertbar sind, scheint die Sicht auf Ressourcen und Kompetenzen zu diesem Zeitpunkt wenig hilfreich zu sein. Hier bedarf es eines genaueren Hinsehens und anderer differenzierter Methoden, die sich explizit mit Belastungen, Stressoren und der Vulnerabilität von umF beschäftigen, die dann wiederum als Ausgangslage für (heil)pädagogische Interventionsmaßnahmen genutzt werden können. Fluchtspezifische Belastungen und entlastende Faktoren sind im Anhang 4 einsehbar. Darüber hinaus ist eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser Klientel von Nöten, welche fortlaufend theoretisch, wie auch praktisch vollzogen werden muss. Es darf trotz der anfänglich sinnvollen Fokussierung auf den Bereich der Auffälligkeiten nicht vergessen und vernachlässigt werden, dass es neben den Risikofaktoren auch erhebliche Schutzfaktoren gibt, die eine hohe Wichtigkeit für die Arbeit mit umF und diese selbst

darstellen. Eine Auflistung findet sich in Anhang 5. Die Inhalte der Tabelle zeigen nochmals auf, was ein Flüchtling alles aufweisen muss, um eine Flucht überstehen zu können. Das Konzept der Salutogenese versucht diese Kompetenzen und Ressourcen zu messen, um ein möglichst repräsentatives Bild des Individuums sichtbar werden zu lassen. Der SOC-Wert hilft als solcher in der Bewertung nicht weiter. Es sollte dennoch eine Einschätzung mithilfe der aufgelisteten Kriterien zum Ressourcenbereich erfolgen, um dem heilpädagogischen Prinzip der Ganzheitlichkeit zu entsprechen.

7.2 Diagnostische Beurteilungsverfahren

Wie bisher bekannt, besteht bei umF eine überdurchschnittliche Punktprävalenz in Bezug auf Traumata und Traumafolgestörungen. Nimmt man alle Studien und deren Ergebnisse zusammen, ergeben sich eine große Normgruppe und Resultate, die als repräsentativ anzusehen sind. Wie kommt man aber von diesen punktuellen Einzelstudien zu einer Form der Diagnostik, die neben einem qualitativen auch einen quantitativen Charakter aufweist und somit ein Hilfsmittel für alle umF und Pädagogen darstellt? Um ein derartiges Instrument zu entwickeln, welches ein breites aber dennoch klientenbezogenes Krankheitsspektrum abdeckt, dazu noch von den Pädagogen im Alltag handhabbar ist und darüber hinaus nichts kosten darf, lag der Fokus während den Recherchearbeiten auf frei zugänglichen Verfahren, mit deren Hilfe eine erste Einschätzung in Bezug auf mögliche psychopathologische, traumainduzierte Auffälligkeiten/Störungen vollzogen werden kann. Nach Rücksprache mit diversen Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe inkl. Clearingstellen für umF, Traumapädagogen, Psychologen, Therapeuten, psychiatrische Praxen, et cetera konnte festgestellt werden, dass es bislang kein Screeningverfahren für umF gibt, welches eine erste diagnostische Einschätzung anhand von Alltagsbeobachtungen ermöglicht. Eine Übersicht über aktuelle Screening- und Diagnoseinstrumente für Kinder und Jugendliche stellt das Kinder Trauma Institut (KTI) auf seiner Homepage (kindertraumainstitut.de) zur Verfügung. Es kamen für den Fragebogen nur Verfahren in die engere Auswahl, die umF spezifische Symptome und Erkrankungen abfragen und dazu noch für diese Altersgruppe geeignet sind. War dies gegeben, ging es um die Handhabbarkeit und Praktikabilität. Es wurde in der weiteren Auswahl und Eingrenzung nach Möglichkeit darauf geachtet, dass die Verfahren auf Fremdbeurteilung basieren und es somit für die Ersteinschätzung auch nicht von Nöten ist, anamnestische Daten und Fakten zu haben. Zugleich kann die angesprochene Sprachbarriere umgangen

werden. Da Fremdbeurteilung das misst, was beobachtet werden kann, ist dies in der Auswertung und Interpretation zu berücksichtigen. Trotz der angestrebten Einfachheit wird ein Fremdbeurteilungsverfahren in manchen Fällen nicht ausreichen, weshalb auch relevante und anwendbare andere Verfahren (Selbstbeurteilung, Interview) mit in die Übersicht aufgenommen wurden. Jegliche Verfahren (Fremd-, Selbstbeurteilung oder Interview) setzen die Berücksichtigung heilpädagogischer Prinzipien (Abbildung 16) während der Durchführung und für die Auswertung, voraus. Schon aufgrund dieser Tatsache, legitimiert sich die Verwendung dieser Diagnosewerkzeuge in der heilpädagogischen Arbeit mit umF.



Abbildung 16_heilpädagogische Prinzipien

(Skript Fachakademie für Heilpädagogik Rummelsberg 2009)

Die relevantesten Screeningverfahren in der Arbeit mit umF sind nachfolgend aufgelistet und bildeten die Grundlage des umF spezifischen Screeningverfahrens für den pädagogischen Alltag, welches nachfolgend als „SumF“ (Screeningverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) bezeichnet wird. Neben dem SumF, welches spezifische Störungen als Folge von Trauma abfragt, gibt es noch den Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), einen Fragebogen, der als Breitbandscreening angesehen werden kann. Zum einen stellt der SDQ eine optionale Ergänzung zum SumF

dar, zum anderen kann dieser auch unabhängig von diesem genutzt werden. Er gliedert sich in vier Subskalen (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme) und beinhaltet noch eine Subskala zu prosozialem Verhalten. Mit beiden Verfahren kann ein großer Bereich abgefragt werden, was eine definitive erste fachliche und fundierte Einschätzung in Bezug auf Auffälligkeiten und potenzielle Störungen ermöglicht.

Relevante Screeningverfahren in der Arbeit mit umF

Name	Quelle	Spektrum	Variante	Sprachen
Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)	http://www.sdqinfo.com/a0.html (Steinhausen, 2002, S. 325)	4 Subskalen (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme) und eine Subskala zu prosozialem Verhalten	Fremd- und Selbsturteil	Über 80 Sprachen
Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI- KJ) 12-17 Jahre	https://www.uni-due.de/rke-pp/EssenerTraumaInventarETI.shtml	Erfassung von psycho-traumatischen Erlebnissen und posttraumatischen Störungen (akute Belastungsreaktion, PTBS). Anwendbar in allen Bevölkerungsgruppen	Selbsturteil und Interviewversion	Deutsch, chinesisch, englisch, französisch, niederländisch, persisch, polnisch, russisch, weißrussisch, türkisch
Children's Impact of Event Scale (13); (CRIES-13), Smith et al., 2002; dt. Übersetzung M. Simons, 2004:	http://www.ipkj.de/index.php?id=76	Screeningfragebogen zur Erfassung der Häufigkeit posttraumatischer Symptome mittels 8 beziehungsweise 13 Fragen, die den Skalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal zugeordnet werden. Der CRIES-13 hat einen Cut-off Wert von 31 Punkten.	Selbsturteil	18 Sprachen

CRIES-8	http://www.childrenandwar.org/measures/children's-revised-impact-of-event-scale-8---cries-8/	Der Cut-off Wert liegt bei 17 Punkten (0,1,3,5 Punkte je Item) (Verlinden et al., 2014).		
Parents Report of Post-Traumatic Symptoms (PROPS) beziehungsweise Child Report of Post-Traumatic Symptoms CROPS)	http://www.kindertraumainstitut.de/de/Materialien/	Die Cut-off Werte, die eine weitere Diagnostik für eine PTBS-Diagnose erforderlich machen, liegen für den PROPS (Elternfragebogen) bei 16 und den CROPS (Kinderfragebogen) bei 19 (0, 1, 2 Punkte sind zu vergeben). Die Fragebögen sind sehr gut zur Therapieverlaufskontrolle geeignet und können über info@kindertraumainstitut.de bezogen werden.	Elternfragebogen und Selbsturteil	Deutsch
Trauma Screeningbogen für Kinder (TSK-10) (ab 6 Jahre)	http://www.pukzh.ch/default/assets/File/Anhang_Trauma_TSK-10.pdf	Kenardy et al. (2007) konnten zeigen, dass ein Cut-off Wert von 5 (von 10) positiv beantworteten Fragen mit 82% Wahrscheinlichkeit die Entwicklung einer PTBS sechs Monate nach einem Unfall vorhersagen konnte (Studienteilnehmer zwischen 6 und 16 Jahren).	Selbsturteil	Deutsch
Cultural Formulation Interview (CFI)	Gemeinschaftspraxis Klein, Oehler, Kreienkamp, Würzburg	Adaption der Fassung des DSM-V mit den Empfehlungen der PTK vom August 2015; Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen; qualitative Inhaltsanalyse	Interview	Deutsch, Englisch

Fragebogen für Angststörungen (FAS-E; FAS-K)	Karl Titze http://www.pukzh.ch/default/assets/File/2_2_FAS-E.pdf	Kann auf das Vorliegen einer Angststörung hinweisen.	Fremd- und Selbsturteil	Deutsch, (Arabisch)
Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)	Fragebogen: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/pdf/Komplett_PHQ_Fragebogen.pdf Manual: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf	„Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) ^[1] ist ein psychodiagnostisches Instrument, welches Screening und Fallidentifikation sowie die Messung des Schweregrades und des Behandlungserfolges der häufigsten psychischen Störungen erleichtern soll. Es handelt sich dabei um einen Selbstauskunftsfragebogen, d.h. er ist vom Patienten oder der Patientin selbst zu beantworten. Die Fragen zu den einzelnen Störungsbildern wurden bei der Entwicklung des Instrumentes aus den diagnostischen Kriterien der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM-IV) abgeleitet. Es besteht jedoch auch eine hohe Passbarkeit zu den aktuell konzipierten Kriterien für die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM-5).“ (Wikipedia, 2016)	Selbsturteil→ Kann für ein Breitband-screening für umF modifiziert und angepasst werden.	Deutsch

7.2.1 Inhaltlicher Aufbau, Handhabung und Auswertung des Screeningverfahrens für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (SumF)

Um eine weitestgehende Objektivität beim Ausfüllen des Bogens und letzten Endes in der Beurteilung der Symptome zu gewährleisten, wurde bewusst Abstand davon genommen, jeweils einen Fragebogen für eine mögliche Diagnose anzubieten. Es soll hierdurch ein verengter, störungsspezifischer Blick und eine Hyperfokussierung auf eine bestimmte Störung vermieden werden. Aus diesem Grund wurde ein kombinierter Fremdbeurteilungsfragebogen für die Fachkräfte der Wohngruppen im Jugendhilfezentrum Maria Schutz erstellt, der sich aus dem PHQ-9 (Gesundheitsfragebogen für Patienten), dem FAS-E (Fragenbogen für Angststörungen – Elternversion) und dem PROBS (Traumascreening-Skala/Jugendliche_Elternfragebogen) zusammensetzt, da diese alle beschriebenen Kriterien erfüllen und gut kombinierbar sind. Es besteht somit ein Verfahren, welches die Bereiche Depression, Angst und Trauma (PTBS) bearbeitet. Die Einzelitems der drei Fragebögen wurden wahllos und unsortiert angeordnet, sodass keine Testzugehörigkeit mehr erkannt werden kann. Alle Einzelverfahren erfüllen die Gütekriterien für Testverfahren, weshalb dies beim Gesamtverfahren ebenfalls gegeben ist. Um besonders dem Kriterium der Ökonomie gerecht zu werden, wurden die Einzelverfahren in ihren Formulierungen und in der Auswertbarkeit einander angepasst. Der PHQ-9 wurde von vier auf drei Einschätzskalen minimiert. Die Stufe drei „An mehr als der Hälfte der Tage“ wurde gestrichen, da die Formulierung der Stufe vier „Beinahe jeden Tag“ Ähnliches abfragt. Die Auswertungstabelle wurde proportional an die neuen Punktwerte angepasst und behält ihre gegebene Reliabilität somit bei, wobei berücksichtigt werden muss, dass der jetzt bestehende modifizierte PHQ-9 nicht wie ursprünglich vorgesehen, als Selbstbeurteilungsbogen genutzt wird. Die Fragen wurden so umformuliert, dass diese fremd beurteilbar sind und sich externe Person, wie zum Beispiel Pädagogen, angesprochen fühlen. Der FAS-E wurde in der Elternversion gewählt und blieb in seiner inhaltlichen Form weitestgehend bestehen. „Mein Kind“ wurde lediglich in „der Jugendliche“ geändert. Der PROBS ist in seiner bestehenden Form beibehalten worden. Das SumF besteht somit aus insgesamt 80 Items und ist mithilfe des Programms Microsoft Excel 2011 entwickelt worden. Die Einzelitems können wahllos bearbeitet werden. Für jede Spalte und Zeile ist der spezifische Punktwert für die einzelnen Fragebögen hinterlegt. Nach dem kompletten Ausfüllen, findet die Auswertung

vollautomatisch auf dem zweiten Blatt statt. Dies basiert auf dem Hintergrund der ursprünglich festgelegten Punktwerte für jeden Einzeltest. Somit erhält man direkt und ohne manuell auszuführende komplizierte Auswertungsmasken, differenzierte Ergebnisse und eine erste Einschätzung was die Bereiche Depression, Angst und PTBS betrifft. Im Bereich Depression gibt es die Kategorien „gesund, unauffällig, leichtgradige Depression, mittelgradige Depression und schwergradige Depression“. Der Angstfragebogen ermöglicht eine Gesamteinschätzung, was die Möglichkeit einer Angststörung betrifft. Dies ist ab einem Summenwert von 25 für die Einzelitems gegeben. Aussagekräftiger ist jedoch ein Cut-off Wert über 30. Des Weiteren lassen sich Subkategorien bilden und spezifischere Angststörungen (Panikstörung oder bedeutsame somatische Symptome, generalisierte Angststörung, Störung mit Trennungsängstlichkeit, soziale Angststörung, bedeutsame Schulverweigerung) ab einem bestimmten Summenwert auswerten. Auf eine mögliche PTBS weist ein Cut-off Wert von 16 Punkten in den zugeteilten Items hin.

Aufgrund der einfachen Eingabe der Bewertungen per Mausklick auf das Optionsfeld und der vollautomatischen, differenzierten Auswertung der Ergebnisse, ergibt sich eine sehr hohe Nutzerfreundlichkeit, welche das Kriterium der Ökonomie erfüllt und somit als Screeningverfahren im Alltag eingesetzt werden kann. Einen Auszug der Eingabe- und Auswertungsmaske zeigt Abbildung 17, der komplette Fragebogen beziehungsweise das SumF ist im Anhang 6 einsehbar.

	0 nicht richtig kaum richtig Überhaupt nicht	1 etwas richtig manchmal richtig an einzelnen Tagen	2 sehr richtig häufig richtig beinahe jeden Tag				
				ERGEBNISSE:			
				Fragebogen:	Summenwert	Auswertung	
Wenn der Jugendliche Angst hat, fällt ihm das Atmen schwer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PHQ-9	0		
Der Jugendliche bekommt Kopfschmerzen, wenn er in der Schule ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PROBS	0	keine PTBS	
Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FAS-E	0	keine Angststörung	
Der Jugendliche ist ungern mit Menschen zusammen, die er nicht gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Panikstörung oder bedeutsame somatische Symptome	0	Nein	
Der Jugendliche bekommt Angst, wenn er ausserhalb von zuhause schläft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	generalisierte Angststörung	0	Nein	
				Störung mit Trennungsängsten	0	Nein	
				soziale Angststörung	0	Nein	
				bedeutsame Schulverweigerung	0	Nein	

Abbildung 17_Auszug des SumF

7.2.2 Inhaltlicher Aufbau, Handhabung und Auswertung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der SDQ hat den großen Vorteil, dass er in unterschiedlichen Varianten (Elternversion, Selbstreport, Interview, Lehrer- und Pädagogenversion) und in diversen Sprachen verfügbar ist. Die Altersspanne reicht von zwei bis 17+ Jahren. Der Fragebogen besteht aus fünf Einzelskalen mit jeweils fünf Merkmalen. Diese umfassen emotionale Probleme,

Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, Verhaltensprobleme im Umgang mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Die Rohwerte der ersten vier Bereiche werden zu einem Gesamtproblemwert summiert. Die Itembewertung erfolgt dreistufig. Von den insgesamt 25 Merkmalen sind 14 negativ und zehn positiv formuliert und fragen problematische Erlebensweisen des Probanden ab. Ein Merkmal ist neutral formuliert. Der in dieser Arbeit eingesetzte Fragebogen ist die von Goodman erweiterte Variante, in der zusätzlich zu den Einzelskalen globale Aussagen zu Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit Anderen getroffen werden. Es werden hierbei die Problemdauer, der subjektive Leidensdruck und die einhergehenden Belastungen und Beeinträchtigungen erfasst. Für Wiederholungstestungen gibt es eine extra Verlaufs-Version, um Veränderungen und Erfolge erkennen zu können. Durch die zahlreichen Übersetzungen und die Variantenvielfalt, ist dieses Verfahren für den Einsatz im Flüchtlingsbereich und besonders bei umF sehr hilfreich und geeignet. Für die Auswertung stehen ein Manual, Auswertungsschablonen sowie eine Tabelle mit Normwerten für die jeweilige Version zur Verfügung. Die ursprüngliche Auswertung erfolgte in drei Kategorien (normal, grenzwertig, auffällig) und wurde in einer Überarbeitung auf vier Kategorien (nahe am Durchschnitt, leicht angehoben, hoch, sehr hoch) erweitert. Der Punkt „auffällig“ wird in der erweiterten Variante auf zwei Kategorien aufgeteilt. Die Werte basieren auf einer englischen Populationsgruppe (N=10298). Die Trennwerte für „normal“ lagen bei einem Prozentsatz von 80%. Das heißt, dass die Werte bzw. Ergebnisse die 80% der Gruppe zeigten, als „normal“ gewertet wurden. Die Werte die 10% der Gruppe erreicht haben, werden als „grenzwertig“ beschrieben und die restlichen 10% somit als „auffällig“. Für den Elternfragebogen liegen sogar deutsche Normen vor, die in einer repräsentativen Feldstichprobe (N=930) ermittelt wurden (Gesellschaft für wissenschaftliche Datenverarbeitung mbH Göttingen). Ein weiterer sehr großer Vorteil ist die einfache Handhabung des Verfahrens. Auf der Homepage findet sich eine multilinguale SDQ-Auswertungsseite (<http://www.sdqscore.org/Amber>), auf der die in Papierform aufgenommenen Daten ein- beziehungsweise übertragen werden können. Analog zu den Papiervarianten, gibt es die gleichen digitalen Varianten des Fragebogens, die ausgewählt werden können. Eine verständliche Anleitung und Erklärungen führen durch die Dateneingabe. Nach erfolgreichem Übertrag, beziehungsweise Ausfüllen, wird eine vollautomatische Auswertung generiert. Die einzigen Probleme bestehen in der Beständigkeit der Internetseite bzw. der Auswertungsseite und in der Notwendigkeit

eines Internetzugriffs. Da „Youthinmind“ die Adaption ihres Verfahrens untersagt und explizit die Entwicklung einer eigenen Onlineversion verbietet, kann in diesem Rahmen die entwickelte Excel Version nicht zur Verfügung gestellt werden (Abbildung 18), die wie das SumF bearbeitet werden kann und ebenso eine vollautomatische Auswertung auf Basis der gegebenen Werte ermittelt. Es kann an dieser Stelle nur auf die Homepage von „Youthinmind“ verwiesen werden.

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)			
Eltern 4-17			
Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.			
Name des Kindes Geburtsdatum			
	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 18_Auszug SDQ (Excelversion)

Aufgrund der deutschen Normwerte wurde für dieses Vorhaben der Elternfragebogen in Papierform „SDQ and impact supplement for the parents of 4-17 year olds“ gewählt. Obwohl der Fragebogen für Lehrer auch den Pädagogen zugeordnet ist, scheint der Elternfragebogen für eine erste Einschätzung der Passendere zu sein, welcher im Anhang 7 angefügt ist. Hierfür spricht besonders die zweite Seite, welche zusätzlich zwei Alltagsprobleme abfragt sowie Zeitraum der Symptomatik und die subjektive Belastung eruieren.

8 Resümee

Die Frage, ob die Gruppe der umF eine besonders vulnerable Gruppe, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, an traumainduzierten Folgestörungen und komorbiden Störungen zu erkranken darstellt, kann ohne Zweifel mit Ja beantwortet werden. Häufig stellt die Diagnostik ein massives Problem in der Hilfeplanung dar, da Symptome und Anzeichen nicht richtig gedeutet und interpretiert werden. Indikatoren für eine fachärztliche Abklärung werden ebenfalls häufig nicht erkannt und die Sprachbarriere verhindert den verbalen Austausch über Belastungen, Erfahrungen, Sorgen und Probleme. Dazu kommen fachliche Defizite von Pädagogen und Betreuern, was umF spezifisches Fachwissen angeht. Es macht auch nach der Rückschau der thematischen

Auseinandersetzung mit dieser Klientel Sinn, ein Screeningverfahren zu etablieren, welches einfach und problemlos im Gruppenalltag angewandt werden kann und erste diagnostische Ergebnisse über eventuelle pathologische Auffälligkeiten liefert. Konkrete Fragen, initiieren reale und differenzierte Beobachtungen, was das Verhalten der Klientel betrifft und begünstigen ein besseres Verstehen und eine bessere Interpretation des Auftretens. In der logischen Konsequenz können aus diesen Erkenntnissen weitere Maßnahmen im Zuge der Interdisziplinarität eingeleitet oder sofort im Alltag umgesetzt werden, wodurch die Hilfeplanung einen großen, qualitativen Zugewinn erhält. Um möglichst viele Informationen zum Thema Trauma, umF und Diagnostik zu erlangen, nahm der Autor zu unterschiedlichen Professionen und Institutionen Kontakt auf. Während der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der Alltagsdiagnostik für umF, gab es im engeren und weiteren Kollegenkreis jedoch große Skepsis und Ablehnung bezüglich des Vorhabens. Pädagogen, die direkt mit umF auf den Wohngruppen arbeiten, sahen in den bestehenden diagnostischen Möglichkeiten ebenfalls große Lücken und begrüßten ein leicht handhabbares Screeningverfahren. Die Personengruppen der Psychologen und der Traumapädagogen stellten die Qualität und die Aussagefähigkeit eines solchen Verfahrens grob in Frage. Eine Vermittlung von etablierten Fremdbeurteilungsbögen, eine Bereitstellung von Unterlagen oder einen Verweis auf interessante Literatur erfolgte nicht. Die gewünschte und notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit, gerade bei einem solch komplexen Thema wie umF und Diagnostik, war mehr als defizitär und muss somit als mangelhaft bezeichnet werden. Häufig machte es den Eindruck, als fühlten sich eine Vielzahl der anderen Professionen angegriffen oder sie erweckten den Eindruck, dass ein Eingriff in ihr Hoheitsgebiet angestrebt wird. Häufig waren E-Mail Rückläufer kurz und knapp, in denen Gründe aufgeführt wurden, warum die Entwicklung eines Screeningverfahren für umF nicht erfolgreich sein wird. Ebenso gestalteten sich die Telefonate mit Fachleuten. Lediglich ein Telefonat mit einer psychiatrischen Praxis, die sich auf die Arbeit mit Flüchtlingen spezialisiert hat, lässt sich als gewinnbringend bezeichnen, da ernsthaftes Interesse gezeigt und deutlich formuliert wurde, dass eine diagnostische Zu-beziehungsweise Vorarbeit mehr als sinnig erscheint. Andere Personen, die sich im Bereich der Sozialdiagnostik aufhalten, sahen im angestrebten SumF lediglich einen diagnostischen Anfang, der in dieser Art aber auch nicht hilfreich sein würde. Es wurde vom Autor eine eklatante Lücke erkannt, die bislang noch niemand gefüllt hat und dennoch wurde das Vorhaben als nicht umsetzbar und als inhaltlich unausgereift

bezeichnet. Es gab neben kritischen Anmerkungen keine konkreten Ideen oder Hinweise, wie eine Diagnostik im Alltag umgesetzt werden kann. Obendrein gab es keine konkreten Hilfestellungen, wie die Personengruppe der umF besser verstanden und ihr adäquater und zielgerichteter geholfen werden kann. Aus den erlangten Einsichten bezüglich der erhöhten Punktprävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen bei umF, welche mithilfe des SumF aktiv im jeweiligen Gruppenkontext eruiert werden können, müssen sich konzeptionelle Veränderungen ergeben und ein traumapädagogisches, individuell auf umF abgestimmtes Konzept implementiert werden. In der Folge dieser Arbeit werden die Diagnosewerkzeuge SumF und SDQ im Alltag umgesetzt, angewandt und getestet werden. Besonders relevant und interessant wird die Falsifikation oder Verifikation der erbrachten Ergebnisse sein. Dies ist möglich, wenn Jugendliche mit akkreditierten, psychiatrischen Testverfahren geprüft werden und die Ergebnisse verglichen werden. Ebenfalls wird jeder umF der Außenwohngruppe des Jugendhilfezentrum „Maria Schutz“ aus Grafenrheinfeld mit dem SumF sowie dem SDQ getestet. Die Ergebnisse werden das Konzept und die Ausrichtung der Wohngruppe maßgeblich beeinflussen. Eine Verlaufsdiagnostik ermöglicht die Folgen und Auswirkungen dieser Maßnahmen zu eruieren und zu bewerten. Um eine adäquate, nützliche und gewinnbringende umF spezifische Alltagsdiagnostik voranzubringen und auf den Wohngruppen zu etablieren, darf und soll besonders das SumF kritisch betrachtet und weiterentwickelt werden. Ebenso wie die Politik ihrer Verantwortung nachkommen muss, Strukturen, Wege und Hilfen für umF zu regeln, ist es die Aufgabe und die Verantwortung der Pädagogen und speziell der Erziehungshilfe, innovativ, offen und selbstkritisch zu sein, um eine verbesserte und klientenorientierte Hilfe, besonders im Bereich der Diagnostik, zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951.
- *agiua.de*. (kein Datum). Abgerufen am 20. 04 2016 von <http://www.agiua.de/glossar.html>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese_Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. F. Schulte, Übers.) Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bendel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund?* (Bd. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie*. Hallbergmos, Deutschland: Pearson.
- Bundefachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. (08 2015). *b-umf.de*. Abgerufen am 29. 05 2016 von <http://www.b-umf.de/images/inobhutnahmen-2015-web.pdf>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (22. 05 2014). *bamf.de*. Abgerufen am 16. 05 2015 von <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Subsidiaer/subsidiaer-node.html>
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V. (kein Datum). *b-umf.de*. Abgerufen am 12. 05 2015 von http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/UMFZuwanderungszahlen2013_BUMF.pdf
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. (29. 01 2016). *b-umf.de*. Abgerufen am 23. 03 2016 von http://www.b-umf.de/images/150129_PM_AktuelleZahlenUMF.pdf
- *Bürgerliches Gesetzbuch*. (2014). München: Beck-Texte.
- *Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII*. (2014). Walhalla Fachverlag.
- *degpt.de*. (kein Datum). Abgerufen am 26. 04 2016 von <http://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/>
- Der Rat der Europäischen Union. (06. 02 2003). RICHTLINIE 2003/9/EG DES RATES vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten. Brüssel. Von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:031:0018:0025:DE:PDF> abgerufen
- Detemple, K. (2013). *Zwischen Autonomiestreben und Hilfebedarf*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Deutscher Caritasverband. (2014). *unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland*. Referat Migration und Integration.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. (kein Datum). *degpt.de*. Abgerufen am 26. 04 2016 von <http://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/wie-äußern-sich-traumafolgestörungen/posttraumatische-belastungsstörung/>

- Diakonie. (kein Datum). *diakonie.de*. Abgerufen am 24. 03 2016 von <http://www.diakonie.de/thema-kompakt-unbegleitete-minderjaehrige-fluechtlinge-16189.html>
- Dudenredaktion. (2005). *Duden Fremdwörterbuch*. Leipzig und Mannheim: Bibliographisches Institut F.A. Brockhaus AG.
- Erikson, E. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. (W. Klüwer, Übers.) Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Europäischen Parlament. (2011). *Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates*.
- Fegert, J. (2015). Ursachen und Folgen der Traumatisierung von Flüchtlingskindern in Deutschland. Würzburg: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Uninversitätsklinikum Ulm.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., et al. (August 2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1. *Trauma & Gewalt* (3).
- Fröhlich, W. D. (2010). *Wörterbuch Psychologie*. München: dtv.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung* 17 (4), 224-231 . (H. Verlag, Hrsg.) Göttingen.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung* .
- Gesellschaft für wissenschaftliche Datenverarbeitung mbH Göttingen. (kein Datum). *gwdg.de*. Abgerufen am 25. 05 2016 von wwwuser.gwdg.de/~ukyk/doc/AUSWERTUNG%20+%20NORMEN.doc
- Handelsblatt. (20. 05 2016). *handelsblatt.com*. Abgerufen am 21. 05 2016 von <http://www.handelsblatt.com/politik/international/fluechtlinge-in-europaminderjaehrig-fluechtig-kriminell/13619842.html>
- Hantke, L., & Görge, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hargasser, B. (2014). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.
- Hüther, G. (2002). *Biologie der Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- *kinderrechtskonvention.info*. (kein Datum). Abgerufen am 25. 03 2016 von <http://www.kinderrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-370/#artikel-22---fluechtlingskinder>
- *kindertraumainstitut.de*. (kein Datum). Abgerufen am 04. 05 2016 von <http://www.kindertraumainstitut.de/de/Start/>

- Köllner, V., & Maercker, A. (August 2011). Das diagnostische Spektrum der Traumafolgestörung. *Trauma & Gewalt* .
- Landesjugendämter, B. (14.-16.. Mai 2014). *bagljae.de*. Abgerufen am 07. 05 2016 von http://www.bagljae.de/downloads/118_handlungsempfehlungen-umf_2014.pdf
- Levine, P. A., & Kline, M. (2011). *Verwundete Kinderseelen heilen*. München: Kösel-Verlag.
- Lieb, K., Heßlinger, B., & Jacob, G. (2013). *Fallgeschichten Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Möhler, E., Simons, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Markwort, M., & Fegert, J. (2015). Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* .
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Moor, P. (1974). *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Paulsen, D., Gerigk, U., & Pabst, A. (unbekannt). Flucht & Trauma: Ein multiprofessionelles Behandlungsangebot für psychisch erkrankte Flüchtlinge . unbekannt: Zentrum für integrative Psychiatrie gGmbH.
- Rassenhofer, M., Fegert, J., Plener, P., & Witt, A. (Februar 2016). Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - eine systemische Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* .
- Reddemann, D. m., & Dehner-Rau, F. m. (2004). *Tauma_Folgen erkennen überwinden und an ihnen wachsen*. Stuttgart: Trias Verlag.
- Refugio München. (2010). *refugio-muenchen.de*. Abgerufen am 10. 05 2016 von <http://www.refugio-muenchen.de/pdf/frueherkennung-posttraumatischer-belastungsstoerungen-bei-unbegleiteten-minderjaehrigen-fluechtlingen.pdf>
- REFUGIO München. (kein Datum). *refugio-muenchen.de*. Abgerufen am 12. 04 2016 von <http://www.refugio-muenchen.de/pdf/frueherkennung-posttraumatischer-belastungsstoerungen-bei-unbegleiteten-minderjaehrigen-fluechtlingen.pdf>
- Reinhold, K. (2015). unbegleitete Minderjährige (uM). Regierung von Unterfranken
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2014). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmieglitz, S., & u.a. (2014). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland*. Referat Migration und Integration.
- Schock, K. (2014). Flüchtlinge und Asylbewerber - im Asylverfahren - . Berlin: Refugio: Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer.
- Schreiber, V., & Iskenius, E.-L. (12. 07 2013). Flüchtlinge: zwischen Traumatisierung, Resilienz und Weiterentwicklung. *Menschenrechte und Gesundheit/Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe* .

- Seelmann-Eggebert, B. (2007). Traumapädagogik - Einführung in die Psychotraumatologie. *Traumapädagogik_Heilpädagogische Zugänge zu Menschen mit Traumata*. Regensburg: Fachakademie für Heilpädagogik der Katholischen Jugendfürsorge Regensburg e.V.
- Steinhausen, H.-C. (2002). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Strand, V. C., Pasquale, L. E., & Sarmiento, T. (kein Datum). Child and Adolescent Trauma Measures: A Review .
- *Übereinkommen über die Rechte des Kindes*. (1989).
- UNHCR-the UN Refugee Agency. (04. 05 2016). *unhcr.de*. Von Entwicklung eines diagnostischen Screeningverfahrens für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zur ersten Einschätzung pathologischer Reaktionen als Folge erlebter Traumata abgerufen
- UNHCR. (22. 12 2009). RICHTLINIEN ZUM INTERNATIONALEN SCHUTZ: Asylanträge von Kindern im Zusammenhang mit Artikel 1 (A) 2 und 1 (F) des Abkommens von 1951 bzw. des Protokolls von 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge.
- *unhcr.ch*. (kein Datum). Abgerufen am 16. 05 2015 von <http://www.unhcr.ch/service/fragen-antworten/fluechtling.html>
- UNO-Flüchtlingshilfe. (kein Datum). *uno-fluechtlingshilfe.de*. Abgerufen am 24. 03 2016 von <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html>
- Weeber, V. M., & Süleyman, G. (2014). *Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe*. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media UG.
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber.
- Wikipedia. (14. 02 2016). *de.wikipedia.org*. Abgerufen am 17. 05 2016 von <https://de.wikipedia.org/wiki/PHQ-D>
- Wirtgen, W. (2009). *aerzteblatt.de*. Abgerufen am 07. 05 2016 von <http://www.aerzteblatt.de/archiv/66991>
- Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH. (kein Datum). *news.eformation.de*. Abgerufen am 29. 05 2016 von <http://news.eformation.de/client/media/193/data/30547.pdf>
- Zito, D. (28. 01 2012). Traumatisierung bei Flüchtlingen. Düsseldorf: PschosoZIALES ZENTRUM FÜR FLÜCHTLINGE DÜSSELDORF. Von http://www.frnrw.de/index.php/inhaltliche-themen/krankheit-traumatisierung/item/download/2201_4aef22316ea8753e020419839b691f7a abgerufen

Anhang

Anhang 1_Fragebogen zur Lebensorientierung (Bendel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 134ff)

6.5. FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG (SOC-SKALA)

Nach: Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß diese Sie nicht verstehen?

habe nie dieses Gefühl 1 2 3 4 5 6 7 habe immer dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mußten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, daß die Sache

keinesfalls erledigt werden würde 1 2 3 4 5 6 7 sicher erledigt werden würde

3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd 1 2 3 4 5 6 7 Sie kennen sie sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

äußerst selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist

ausgesprochen
interessant 1 2 3 4 5 6 7 reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren
Ziele oder einen Zweck 1 2 3 4 5 6 7 sehr klare Ziele und einen
Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben

voller Veränderungen,
ohne daß Sie wußten,
was als nächstes pas-
siert 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig
und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend sein 1 2 3 4 5 6 7 todlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

man kann für schmerzli-
che Dinge im Leben im-
mer eine Lösung finden 1 2 3 4 5 6 7 es gibt keine Lösung für
schmerzliche Dinge im
Leben

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, daß Sie

fühlen, wie schön es ist
zu leben 1 2 3 4 5 6 7 sich fragen, warum Sie
überhaupt da sind



15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

immer verwirrend und schwierig 1 2 3 4 5 6 7 immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen sein, ohne daß Sie wissen, was als nächstes passiert 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

sich daran zu verzehren 1 2 3 4 5 6 7 zu sagen: „Nun gut, sei's drum, ich muß damit leben“ und weiterzumachen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen 1 2 3 4 5 6 7 wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt

21. Kommt es vor, daß Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, daß Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

23. Glauben Sie, daß es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

Sie sind sich dessen ganz sicher 1 2 3 4 5 6 7 Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, daß Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passiert, fanden Sie im allgemeinen, daß Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzten

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, daß

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern 1 2 3 4 5 6 7 Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, daß die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie



Anhang 2_Fragebogen zur Lebensorientierung in Persisch

- 1- هرگاه با اشخاص دیگری صحبت کنید، این احساس را دارید آنها شما را درک نمیکنند؟ همیشه این احساس را دارم 1 2 3 4 5 6 7 هیچوقت این احساس را ندارم
- هرگاه شمادر گذشته عملی و یاکاری انجام میدادید که ارتباط داشت با کار و یاهمکاری دیگران، احساس داشتید آن عمل
2- ویا کار را
اصلاً به پایان نمیرسانیدید 1 2 3 4 5 6 7 حتماً به پایان میرسانیدید
- 3- به جز از نزدیکان تان، آشنایی تان با دیگران چطور است؟ آنها را خوب میشناسید 1 2 3 4 5 6 7 آنها همه به شما بیگانه اند
- 4 - آیا این احساس را دارید، هرچیز که در اطراف شما اتفاق میافتد برای شما بی تفاوت است؟
اکثراً 1 2 3 4 5 6 7 بعضاً و یا هیچگاه
- 5- آیا متعجب و غافلگیر از کسانی بوده اید، که فکر میکردید آنها را خوب میشناسید؟
هرگز چنین اتفاقی نیفتاده 1 2 3 4 5 6 7 بعضاً چنین حالت رخ داده
- 6- آیا شما بالای کسانی که حساب میکردید، شمارا مایوس و ناامید ساخته اند؟
هرگز چنین اتفاقی رخ نداده 1 2 3 4 5 6 7 بعضاً چنین حالت رخ داده
- 7- زندگی یعنی چی؟
بی اندازه جالب 1 2 3 4 5 6 7 عادی و مروج
- 8- تا حال در زندگی مقصود و اهداف واضح نداشته اید 1 2 3 4 5 6 7 مقصد و اهداف واضح داشته اید
- 9- آیا این احساس را دارید که باشما غیر عالانه برخورد میشود؟
کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات
- 10- ده سال آخر زندگی برای شما واضح و ثابت بوده 1 2 3 4 5 6 7 پر از تغییرات بدون اینکه بدانید باز چه بالای شما میاید
- 11- احتمالاً اکثر کار های که شمادر آینده انجام بدهید، امکان دارد بی حد خسته کننده باشد 1 2 3 4 5 6 7 بسیار جالب باشد
- 12- آیا این احساس را دارید، که در یک حالت غیر معمولی قرار دارید و نمیدانید چه باید کرد؟
کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات
- 13- زندگی را از دید خود تعریف کنید
در حالات دردناک اصلاً راه حل 1 2 3 4 5 6 7 در حالات درد ناک همیشه یک راه حل وجود دارد وجود ندارد
- 14- هرگاه درباره زندگی فکر کنید اکثراً اتفاق می افتد از خود میپرسید چرا من اصلاً زنده استم 1 2 3 4 5 6 7 که زندگی چقدر زیباست
- 15- هرگاه با پرابلم و مشکلات مواجه شوید، راه حل

همیشه واضح و کامل است 1 2 3 4 5 6 7 همیشه مبهم و مشکل است

16- چیز هایی که که شما روزانه انجام می‌دهید، برای شما یک منبع دردناک خسته کننده است 1 2 3 4 5 6 7 از خوشی و رضایت است

17- احتمالاً زندگی شما در آینده خیلی واضح و 1 2 3 4 5 6 7 پر از تغییرات باشد بدون آنکه بدانید چه تغییرات بالای شما خواهد آمد ثابت است

18- هرگاه در گذشته به شما حالات ناخوشایندی رخ داده باشد به آن خاطر باید زندگی کردو زندگی را ادامه داد 1 2 3 4 5 6 7 شما خود را ناراحت میسازید

19- چه قدر برای شما اتفاق افتاده که احساس و مفکوره شما آشفته و نامرتب شده باشد؟ کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات

20- هرگاه شما کاری کنید که آن برای شما احساس خوشی بدهد حتماً اتفاقی می افتد که احساس خوب شما را 1 2 3 4 5 6 7 حتماً بعد آن نیز احساس خوبی دارید برهم میزند

21- آیا اتفاق می افتد احساس که شما دارید بهتر بود آنرا نداشتید؟ کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات

22- قبول میکنید که زندگی شما در آینده پر معنی و پر هدف خواهد بود 1 2 3 4 5 6 7 بی معنی و بی هدف خواهد بود

23- باور دارید در آینده کسانی خواهند بود که شما بالایشان اعتماد و حساب کنید؟ شک و تردید دارید 1 2 3 4 5 6 7 کاملاً مطمئن هستید

24- آیا گاهی برای شما حالتی پیش میاید و شما نمیدانید اصلاً همین حالا چه اتفاقی رخ داده؟ کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات

اکثر مردم هم آنها که یک کرکتر قوی دارند در یک وضعیت خاص احساس میکنند بسیار فرد بدبخت و بد شانس اند، آیا شما نیز 25-

چنین احساس را داشته اید؟ کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات

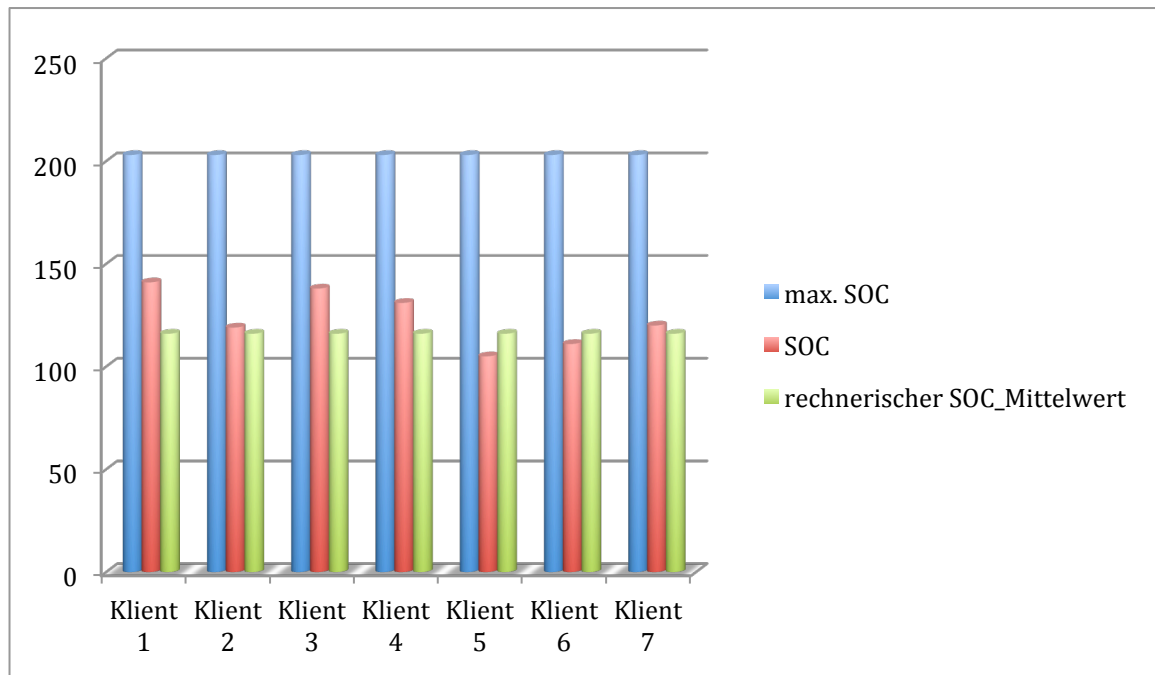
26- هرگاه واقعه و یا حادثه رخ بدهد در مجموع معنی آنرا درست تخمین می‌توانید 1 2 3 4 5 6 7 از حد زیاد و یا از حد کم تخمین می‌توانید

27- هرگاه به مشکلات فکر میکنید ک با آن باید در لحظات واقعی زندگی مجادله کنید، برای شما احساس میدهد که نمیتوانید از مشکلات موفقانه بدر آید 1 2 3 4 5 6 7 همیشه از مشکلات موفقانه بدر آید

28- آیا چیز هایی که شما روزانه انجام می‌دهید برای شما کمتر معنی دارد؟ کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات

29- آیا اتفاق افتاده، که نتوانید احساسات تان را کنترل و اداره کنید؟ کمتر اوقات و یا هیچگاه 1 2 3 4 5 6 7 بیشتر اوقات

Anhang 3_Grafische Darstellung der Fragebögen zum SOC



Anhang 4_Fluchtspezifische Belastungen und entlastende Faktoren

(Hargasser, 2014, S. 219f)

<i>Phase</i>	<i>Besondere Belastungen</i>	<i>Potentiell entlastende oder unterstützende Faktoren</i>
Vor der Verfolgung	Transgenerationale Weitergabe der Traumatisierung der Eltern; kein Schulbesuch; schlechte medizinische Versorgung; extrem harte Kinderarbeit	Verantwortungsvolle Rolle in der Familie; religiöse Orientierung; familiäre Unterstützung und Zusammenhalt
Beginn der Verfolgung bis zur Flucht	Durch erneutes Erstarken der Taliban und Machtwillkür der Stammesführer Gewalt und Verfolgung, traumatische Erlebnisse wie z. B. Kampfhandlungen, Verschleppung eines Elternteils, eigene Lebensbedrohung, gravierende Rechtlosigkeit im Iran	

Auf der Flucht	Gefängnis; Lebensgefahr aufgrund von Verfolgung durch Grenzbehörden; illegale Fluchtwege; Ausgeliefertsein und Abhängigkeit von Fluchthelfern	
Übergang 1: Ankunft in Deutschland	Stress und Gewalt in der EAE; Orientierungslosigkeit; Altersfestsetzung; Interview; Residenzpflicht; lange kein Vormund; bedrohliche Polizeieinsätze	Nette Einzelpersonen; schöne Stadt; sofortige Jugendhilfe
Chronifizierung der Vorläufigkeit	Ungewissheit der Aufenthaltschancen; Angst vor Rückführung und Abschiebung; Misstrauen der BetreuerInnen; kein oder inadäquates Schulangebot; Diskriminierung und Marginalisierung	Unterstützung durch BetreuerInnen; Freunde; ruhige Wohngruppe; Schule und Nachhilfe; Urlaub und Freizeitaktivitäten; Sport; Psychotherapie; Zielfokussierung
Ende der Verfolgung	?	

Anhang 5_Resilienzfaktoren

(Schreiber & Iskenius, 2013, S. 5ff)

Umweltfaktoren	
Soziale Unterstützung	durch Familie, Freunde oder eine Gruppe. Nach dem Verlust ihrer Familie beziehen Flüchtlinge soziale Unterstützung aus einem breiteren Personenkreis. Hierzu gehören im aufnehmenden Land auch Freundschaften mit Einheimischen. Diese können informative und emotionale Unterstützung sowie Ablenkung bieten.
Soziale Modelle	für konstruktive Bewältigung der Belastungen und Traumata
Ansporn zum Durchhalten	zum Beispiel durch Mitflüchtlinge
Dosierte soziale Verantwortlichkeit und Leistungsanforderungen	zum Beispiel für Verwandte oder andere Flüchtlinge.
Personenfaktoren	
Kognitive Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Intelligenz (die Bedeutung ist umstritten) • Fähigkeit zu komplexem Problemlösen, Einsicht und Reflexion

	<ul style="list-style-type: none"> • Kreativität und Fantasie • Fakten- und Problemlösewissen • Fähigkeit zur Relativierung der eigenen Probleme im Vergleich mit den Problemen anderer
Emotionale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionswahrnehmung und -akzeptanz • Emotionen handhaben können • Toleranz für Ungewissheit • Emotionen in Expressivität und Handeln umsetzen können • Empathisch reagieren können • Beziehungen gestalten können • Fähigkeit zur Impulskontrolle • Humor • Entschlossenheit und Mut
Selbstkonzept	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwirksamkeit • Selbstvertrauen und ein unerschütterliches Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit • Selbstständigkeit und Unabhängigkeit
Sinn, Struktur und Bedeutung	<ul style="list-style-type: none"> • Religion (zum Beispiel Überleben als Gottes Wille) • Familie (zum Beispiel der Einzelne als Repräsentant der Familie – die Familie lebt im überlebenden Flüchtling weiter. Selbst isolierte Flüchtlinge, oder solche, die ihre ganze Familie verloren haben, können noch unter dem Einfluss ihrer Familie stehen.) • politische Überzeugungen • Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997). Ein überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht. Umfasst das Gefühl der Verstehbarkeit des Erlebten, das Gefühl der Bewältigbarkeit von Problemen und das Gefühl von Sinnhaftigkeit des Lebens und seiner Anforderungen.
<u>Prozessfaktoren</u>	
Optimismus, Hoffnung, Zukunftsplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Übergang von Hoffnungslosigkeit zu Hoffnung kennzeichnet eine entscheidende Wendung vom Überleben zum Leben als „Jemand“. • In die Zukunftsplanung fließt zum Teil auch das Gefühl ein, für einen bestimmten Zweck überlebt zu haben (etwa als Repräsentant der Familie, aus einem göttlichen Plan heraus). • Für jüngere Flüchtlinge scheint die Perspektive, eine (akademische) Ausbildung erreichen zu können, besonders machtvoll zu sein. Mit Bildung wird assoziiert, dass sie einem nicht mehr genommen werden kann und dass sie Unabhängigkeit und Wirksamkeit verspricht.
Gemeinschaft erleben	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsübernahme (für andere weiter leben und weiter „kämpfen“) • Netzwerkorientierung (Aktivierung sozialer Unterstützung) • sich als Teil einer Gruppe erleben: Was geschieht, geschieht nicht mir allein.

Akzeptanz des Unveränderbaren und aktive Bewältigung des Beeinflussbaren	<ul style="list-style-type: none"> • Insbesondere radikale Akzeptanz des möglichen und unkontrollierbaren Todes. Hier berichteten viele Flüchtlinge, sich in Gottes Hand gegeben zu haben: Gott entscheidet, ob der Flüchtling morgen lebt oder stirbt. Der Betroffene tritt aus dem Kampf mit unbeeinflussbaren Mächten heraus. • Die Energie wird auf das Überleben konzentriert und nicht in das Hadern mit dem Schicksal investiert. • Nicht aufgeben (sondern zum Beispiel weiter laufen) • Lösungsorientierung • Sich nicht (nur) als Opfer begreifen.
Vermeidung belastender Gedanken und Gefühle	<ul style="list-style-type: none"> • durch Ablenkung (arbeiten, lernen, beten, schlafen, lesen) • Vermeiden von Ruhepausen • Vermeidung jeglicher Emotionen • Erklärung des Geschehens als Wille Gottes (kein Grübeln über das Warum) • Vermeidung ist vor allem während der Flucht als Konzentration aller Ressourcen und Energien auf das Überleben bedeutsam. Langfristig stellt sie vermutlich ein Risiko für Rückzug, Entfremdung, emotionale Taubheit und PTSD dar (van der Kolk & McFarlane, 1996; Wilson & Drozdek, 2004).

Anhang 6_Screeningverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge_SumF

Screeningverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge_SumF						
Name: _____		Beobachtungszeitraum: _____				
Ausgefüllt von: _____		Dauer in Deutschland: _____				
		0	1	2		
		nicht richtig	etwas richtig	sehr richtig	Geburtsdatum: _____	
		kaum richtig	manchmal richtig	häufig richtig	Datum: _____	
		Überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	beinahe jeden Tag	männlich	<input type="checkbox"/>
					weiblich	<input type="checkbox"/>
1	Wenn der Jugendliche Angst hat, fällt ihm das Atmen schwer.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2	Der Jugendliche bekommt Kopfschmerzen, wenn er in der Schule ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
1	Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3	Der Jugendliche ist ungern mit Menschen zusammen, die er nicht gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4	Der Jugendliche bekommt Angst, wenn er ausserhalb von zuhause schläft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Der Jugendliche macht sich Sorgen, ob andere Menschen ihn mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, fühlt er sich wie ohnmächtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Der Jugendliche ist nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Der Jugendliche folgt mir, wo immer ich hingehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Die Leute sagen dem Jugendlichen, dass er nervös aussieht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Müdigkeit oder Anzeichen, keine Energie zu haben Verminderter Antrieb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Der Jugendliche fühlt sich nervös bei Menschen, die er nicht gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Der Jugendliche bekommt in der Schule Bauchweh.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben (Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, hat er das Gefühl, verrückt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	traurig oder deprimiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Der Jugendliche macht sich Sorgen, alleine zu schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Hausaufgaben machen, Lesen oder Fernsehen Verminderte Aufmerksamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Der Jugendliche macht sich Sorgen, ob rs so gut wie andere Jugendliche ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	vermeidet frühere Interessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, hat er das Gefühl, dass die Dinge nicht wirklich sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Waren Bewegungen oder Sprache so verlangsammt, dass es auch anderen auffällt? Oder war er im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatte dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Der Jugendliche hat Alpträume, dass seinen Eltern etwas Schlimmes passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	(Gedanken) Äußerungen, dass er lieber tot wäre oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Der Jugendliche macht sich Sorgen, in die Schule zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, schlägt sein Herz schnell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4	denkt an schlechte Erlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Der Jugendliche fühlt sich wackelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	fühlt sich schuldig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Der Jugendliche hat Alpträume, dass ihm etwas Schlechtes passieren könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	schaltet ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Der Jugendliche macht sich Sorgen, wie Dinge für ihn ausgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	macht sich Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, schwitzt er sehr stark.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Der Jugendliche ist ein Krieger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Der Jugendliche bekommt ganz ohne Grund Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Alpträume oder schlechte Träume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Der Jugendliche hat Angst, alleine im Haus zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Es ist für den Jugendlichen schwierig, mit Menschen zu sprechen, die er nicht gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	zieht sich zurück	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, hat er das Gefühl, dass es erstickt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	besorgt / ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Die Leute sagen dem Jugendlichen, dass er sich zuviel Sorgen macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Der Jugendliche mag es nicht, von seiner Familie getrennt zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	klammert sich an Erwachsene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	unbegründete Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Der Jugendliche hat Angst davor, Angst- (oder Panik-) Attacken zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	in Probleme/Konflikte verwickelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	fühlt sich ungerecht behandelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Der Jugendliche macht sich Sorgen, dass seinen Eltern etwas Schlimmes passieren könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	gereizt / reizbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Der Jugendliche ist schüchtern bei Leuten, die er nicht gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überwacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Prügeleien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Der Jugendliche macht sich Sorgen, was in der Zukunft passieren wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, fühlt er sich, als müsste er sich übergeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35	Der Jugendliche macht sich Sorgen darüber, wie gut er Dinge erledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	kommandiert Gleichaltrige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Der Jugendliche hat Angst, in die Schule zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	leicht zu erschrecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Der Jugendliche macht sich Sorgen über Sachen, die schon passiert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Wenn der Jugendliche Angst bekommt, fühlt er sich schwindelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	aufbrausend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	streitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Der Jugendliche fühlt sich nervös, wenn er mit anderen Kindern oder Erwachsenen zusammen ist und er etwas tun muss, während sie es beobachten (z. B.: laut lesen, sprechen, ein Spiel machen, einen Sport betreiben).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Der Jugendliche fühlt sich nervös, wenn er auf Parties, zum Tanzen oder zu irgendeinem Platz geht, wo Leute sein werden, die er nicht gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	geheimnistuerisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	gleichgültig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Der Jugendliche ist schüchtern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ERGEBNISSE:			
Fragebogen:	Summenwert	Auswertung	
PHQ-9	0		
PROBS	0	keine PTBS	
FAS-E	0	keine Angststörung	
Panikstörung oder bedeutsame somatische Symptome	0	Nein	
generalisierte Angststörung	0	Nein	
Störung mit Trennungsängsten	0	Nein	
soziale Angststörung	0	Nein	
bedeutsame Schulverweigerung	0	Nein	

Anhang 7_Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu) Eltern 4-17

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Eltern 4-17

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

Bitte umblättern

Würden Sie sagen, dass ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

	Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

• Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

	Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
ZU HAUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN DER FREIZEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

	Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....

Datum:

Vater/Mutter/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen):

Vielen Dank für Ihre Hilfe

© Robert Goodman, 2005

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 15.09.2016