



*better*CARE



VERBESSERTE VERSORGUNG JUNGER GEFLÜCHTETER

Handreichung zum Abschluss des Projektes BETTER CARE



KATHOLISCHE UNIVERSITÄT
EICHSTÄTT-INGOLSTADT



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm



Deutsches
Jugendinstitut

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Inhalt

Welche Symptome zeigen sich bei einer Traumafolgestörung?	6
Was beeinflusst die mentale Gesundheit der Jugendlichen?	16
Welche Komponenten von BETTER CARE kann ich weiterhin in meinem Arbeitsalltag anwenden?	20
Nehmen die Jugendlichen überhaupt Therapie in Anspruch?	26
Was passiert in einer traumafokussierten Psychotherapie? ..	30
Wie kann Psychotherapie gelingen, wenn die Jugendlichen noch nicht gut genug Deutsch sprechen?	35
Weiterführende Ressourcen	36
Literaturverzeichnis.....	37

**Was können Sie als Jugendhilfemitarbeiter:in
daraus mitnehmen?**

Take-Home-Messages und Zusammenfassungen finden Sie immer in den Boxen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach mehreren ereignisreichen Jahren endet die aktive Phase des Projektes BETTER CARE im Januar 2025. Seit Ihrer ersten Teilnahme an einer unserer Infoveranstaltungen hat sich einiges getan: Wir konnten insgesamt 58 Jugendhilfeeinrichtungen für das Projekt gewinnen, es wurden 153 Mental Health Coordinators (MHCs) ausgebildet und 627 junge Geflüchtete haben teilgenommen. Das sind beachtliche Zahlen! BETTER CARE ist damit eines der größten Forschungsprojekte mit unbegleiteten jungen Geflüchteten, das jemals in Deutschland durchgeführt wurde. Alles, was wir erreichen konnten, wäre ohne Ihr Mitwirken nicht möglich gewesen. **An dieser Stelle möchten wir uns herzlich für Ihr Engagement und Ihre Unterstützung im Projekt BETTER CARE bedanken.** Für die Koordination vor und während der Screening-Termine, Ihre Unterstützung beim Ausfüllen zahlreicher Fragebögen und Ihr Interesse an der Verbesserung der Versorgungslandschaft für junge Geflüchtete. Ein besonderer Dank gilt auch den Jugendlichen. Wir bewundern ihre Offenheit, Geduld und ihr anhaltendes Interesse über den gesamten Projektzeitraum.

Damit Sie von den erarbeiteten Inhalten und Erkenntnissen auch langfristig profitieren und diese für Ihre Arbeit nutzen können, haben wir Ihnen auf den folgenden Seiten eine Handreichung mit Informationen rund um die Versorgung und Arbeit mit jungen Geflüchteten zusammengestellt. Dabei beziehen sich die Begriffe "junge Geflüchtete" oder "Jugendliche" stets auf unbegleitete junge Geflüchtete, entsprechend dem Fokus von BETTER CARE. Mit Informationen zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und traumafokussierter Psychotherapie möchten wir Ihnen konkrete Handlungsempfehlungen für den Alltag in der Jugendhilfe an die Hand geben.

Wir wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute und dass Sie sich die Begeisterung bei der Arbeit mit den Jugendlichen bewahren!

Ihr BETTER CARE-Team

Prof. Dr.
Rita
Rosner



Dr.
Lauritz
Müller



Dr.
Jonathan
Thielemann



Pia
Schwegler



Flora
Dietlinger



Madina
Farani



Barbara
Kasparik



Monja
Herold



Prof. Dr.
Cedric
Sachser



Prof. Dr.
Elisa
Pfeiffer



Maïke
Garbade



Jenny
Eglinsky



Jacob
Segler



Dr. Tamara
Waldmann



Prof. Dr.
Heinz
Kindler



Fabienne
Hornfeck



Selina
Kappler

Welche Symptome zeigen sich bei einer Traumafolgestörung?

Traumafolgestörungen entstehen, wenn eine Person ein belastendes Ereignis erlebt, das ihre Bewältigungsfähigkeiten übersteigt. Dabei unterscheidet sich ein Trauma von einem kritischen Lebensereignis (wie beispielsweise einem Umzug), das zwar belastend, aber nicht zwingend traumatisch ist. Geflüchtete sind häufig von sequentieller Traumatisierung betroffen, da sie oft wiederholt extrem belastende Erfahrungen machen, z. B. Krieg, Flucht und unsichere Lebensbedingungen. Traumafolgestörungen können sich je nach Alter, Entwicklungsstand und individueller Widerstandskraft unterschiedlich äußern, wobei nicht alle Betroffenen eine solche Störung entwickeln. Neben der posttraumatischen Belastungsstörung sind häufig auch eine Depression oder Angststörung Folgen des Traumas. Entscheidend dafür sind auch Risiko- und Schutzfaktoren, die später noch genauer erklärt werden.

Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Aufgrund von traumatischen Erfahrungen und damit einhergehender Belastung kann sich die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln. Die Symptome lassen sich in vier Bereiche gliedern:

- **Wiedererleben:** Ungewollte, intensive Erinnerungen wie Flashbacks, Albträume oder starke emotionale Reaktionen bei Erinnerungsreizen
- **Vermeidung:** Vermeiden von Gedanken, Gefühlen und Situationen, die an das traumatische Ereignis erinnern
- **Übererregung:** Ständige Anspannung mit Symptomen wie Reizbarkeit, ständige Alarmbereitschaft, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsproblemen und Schlafstörungen

- **Veränderungen von Gedanken und Stimmung:** Negative Stimmung und Überzeugungen wie „*Ich bin wertlos*“ oder „*Die Welt ist gefährlich*“, die das Selbstbild und Vertrauen beeinflussen

Symptome einer Depression

Depressionen können als Folge traumatischer Erlebnisse zusätzlich zu einer PTBS oder allein auftreten. Die Symptomatik kann sich wie folgt zeigen:

- Niedergeschlagenheit und depressive Stimmung
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an vielen Aktivitäten
- Signifikante Gewichtszu- oder Abnahme und gesteigerter oder verminderter Appetit
- Durchschlafstörung oder Hypersomnie (zu viel Schlaf)
- Von anderen beobachtete psychomotorische Unruhe
- Müdigkeit und Antriebslosigkeit
- Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Wiederkehrende Gedanken an Selbstverletzung, Selbstmord oder Tod

Symptome einer Angststörung

Ähnlich kann auch eine Angststörung zusätzlich zu einer PTBS und einer Depression oder allein auftreten. Dabei treten die folgenden Symptome auf:

- Vegetative Symptome (bspw. erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbrüche)
- Symptome im Thorax und Abdomen (bspw. Atembeschwerden, oder Beklemmungsgefühle)

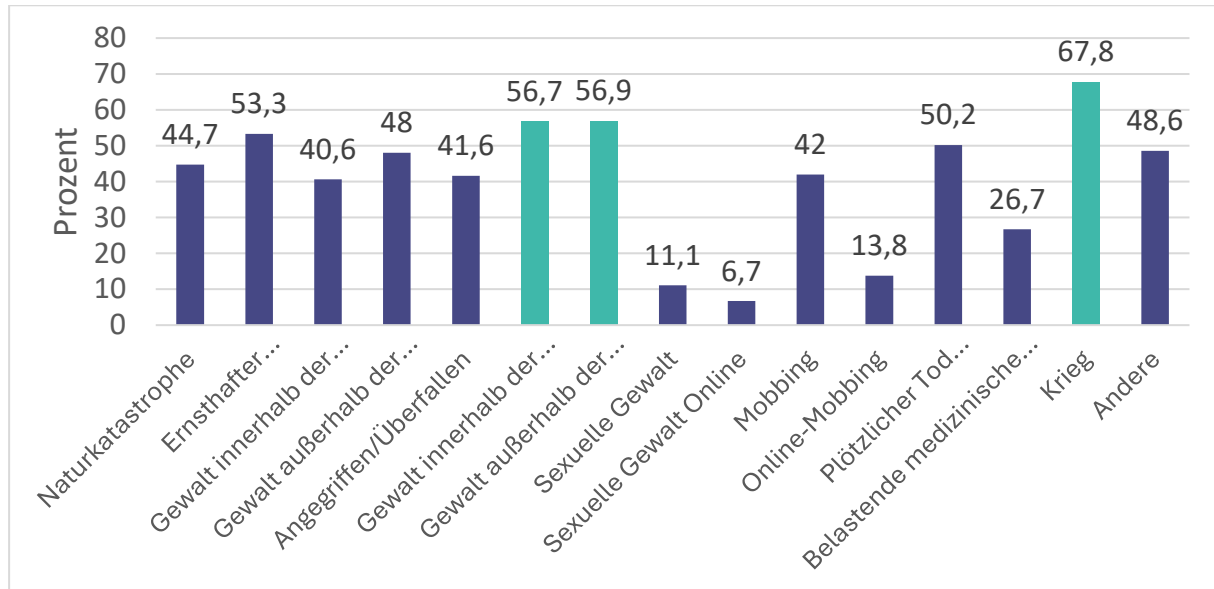
- Psychische Symptome (bspw. Schwindel, Angst vor Kontrollverlust („verrückt zu werden“))
- Allgemeine Symptome (bspw. Hitzewallung/Kälteschauer, Gefühllosigkeit)
- Anspannungssymptome (Ruhelosigkeit/Unfähigkeit zu entspannen, Nervosität, chronische Schmerzen)
- Unspezifische Symptome (bspw. Konzentrationsschwierigkeiten, anhaltende Reizbarkeit, Einschlafstörungen aufgrund von Besorgnissen)

Ergebnisse aus dem Projekt BETTER CARE

Es wurden insgesamt 627 unbegleitete junge Geflüchtete in das Projekt eingeschlossen. Die Projektteilnehmer:innen waren zu 93,14 % männlich (584), 8,77 % weiblich (55), 0,80 % divers (5). Im Durchschnitt waren die Jugendlichen 16,73 Jahre alt (zwischen 12-21 Jahre) und lebten zum Zeitpunkt der ersten Befragung bereits 10,34 Monate in Deutschland (zwischen 0-84 Monate). Sie kamen aus 40 verschiedenen Herkunftsländern. Aus Afghanistan kamen 44,18 %, aus Syrien 17,38 % und 7,02% kamen aus Somalia. Die häufigsten angegebenen Traumata waren Gewalterfahrungen und Kriegshandlungen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1

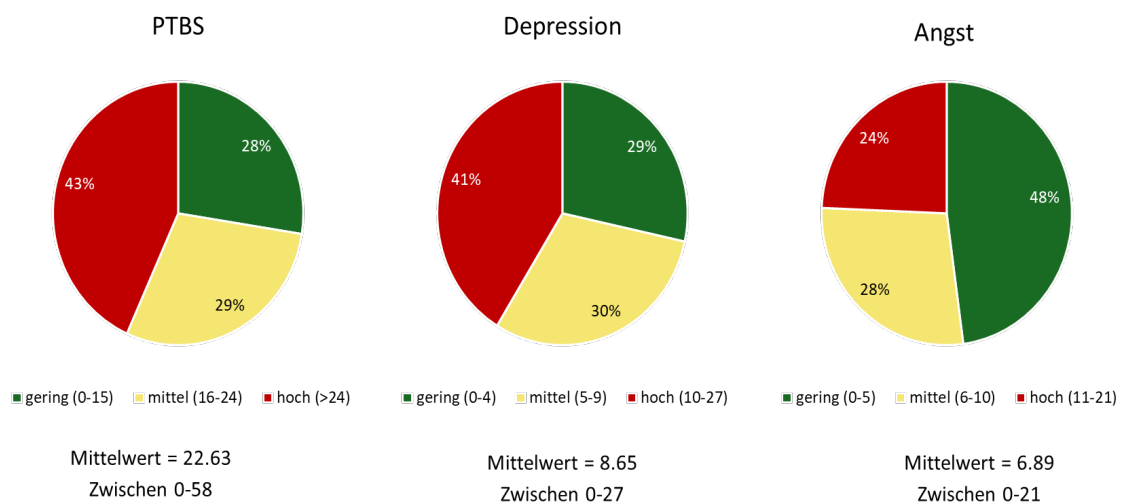
Erlebte traumatische Ereignisse der am Projekt teilnehmenden Jugendlichen



Anhand von Fragebögen zu PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen wurden folgende Ausprägungen der psychischen Belastung ermittelt:

Abbildung 2

Ausprägung der psychischen Belastung der am Projekt teilnehmenden uJG anhand der in den Fragebögen angegebenen PTBS-, Depressions- und Angstsymptome



Daraus zeigt sich, dass fast alle Jugendlichen traumatische Erlebnisse erlebt haben und es sich somit um eine sehr vulnerable Gruppe handelt. Dennoch zeigt ein großer Teil eine hohe Widerstandskraft (Resilienz) und ist nicht klinisch auffällig belastet.

Die Fragebögen zu Symptomen einer PTBS wurden sowohl von den Jugendlichen selbst als auch von ihren Bezugsbetreuer:innen ausgefüllt. Für die Symptomatik im Bereich der PTBS konnten wir nur eine **geringe Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Jugendlichen und der Mitarbeiter:innen in der Jugendhilfe** feststellen. Dies ist einerseits nicht verwunderlich, da vor allem internalisierende Symptome (wie bspw. Schuldgefühle) schwer beobachtbar sind. Betroffene wirken nach außen hin ruhig, angepasst oder zurückhaltend, während sie innerlich stark leiden. Die Übereinstimmung ist daher ähnlich wie zwischen biologischen Eltern und ihren Kindern (z.B. Wamser-Nanney & Campbell, 2022), trotz zusätzlicher Herausforderungen wie kürzerer Kennenlernzeit, Kommunikationsbarrieren und kultureller Unterschiede.

Die Übereinstimmung war insbesondere dann geringer, wenn neben der PTBS weitere psychische Erkrankungen vorlagen und je kürzer die Jugendlichen in der Einrichtung waren. Dies unterstreicht die Bedeutung der regelmäßigen Durchführung von Screeningfragebögen zur (Früh-)Erkennung von PTBS.

Retraumatisierung: Definitionen

Im Rahmen der Arbeit mit Geflüchteten fällt im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen oft der Begriff der *Retraumatisierung*. Menschen verschiede-

ner Professionen befürchten, Geflüchtete zu retraumatisieren und ihnen damit Schaden zuzufügen. Ebenso bestehen häufig Vorbehalte, dass es im Rahmen einer Traumatherapie zu einer solchen Retraumatisierung kommen könnte. Wir möchten daher verschiedene Definitionen dieses Begriffs mit Ihnen teilen, um einige Vorbehalte oder Befürchtungen ausräumen zu können.

Unter Retraumatisierung wird sowohl das erneute Erleben eines **traumatischen Ereignisses der gleichen Art** (z.B. Unfall, Katastrophe, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch) als auch Retraumatisierung im **professionellen Umfeld** (z.B. durch polizeiliche Ermittlungen, Gerichtsverhandlungen, Scheitern von beratenden oder therapeutischen Maßnahmen) verstanden:

„Als Retraumatisierung werden Vorgehensweisen bezeichnet, die die Patienten nur emotional belasten und keine nachhaltige Erleichterung verschaffen. Es kommt zu einer Reaktualisierung des Traumas, die der Betroffene zwar selbst zu bewältigen imstande ist, die aber kurzfristig zu einer Verschlechterung führen kann.“ (Maercker, 2013, S.16)

Gemeint ist also, dass bestimmte Erinnerungsreize das Erlebte wieder ins Bewusstsein holen können. Das ist jedoch nicht dasselbe wie die Traumaexposition (auch Traumakonfrontation oder Traumanarrativ genannt), wie sie in der Psychotherapie eingesetzt wird (siehe Seite 31). Dies bezeichnet eine gezielte Technik, bei der sich Betroffene in einem geschützten Rahmen unter Anleitung von Psychotherapeut:innen mit den Erinnerungen an ihr traumatisches Erlebnis auseinandersetzen. Der entscheidende Unterschied ist, dass die Traumaexposition nachweislich hilft, die Symptome einer PTBS langfristig zu lindern und zu erleichtern.

Was können Sie als Jugendhelfemitarbeiter:in daraus mitnehmen?

Da fast alle Jugendlichen traumatische Erlebnisse erlebt haben, handelt es sich um eine sehr vulnerable Gruppe. Dennoch zeigt ein großer Teil eine hohe Widerstandskraft (Resilienz) und ist nicht klinisch auffällig belastet.

- Das macht es besonders wichtig, die Jugendlichen mit einer Belastung zu identifizieren, beispielsweise durch das Ausfüllen von Fragebögen, und ihnen angemessene Hilfe zukommen zu lassen.

Auch wenn es eine weit verbreitete Sorge gibt, direkt nach potenziell traumatischen Ereignissen und damit zusammenhängenden Symptomen zu fragen:

- Es gibt zumindest aus dem Forschungskontext keine Hinweise, dass Kinder und Jugendliche bei altersentsprechendem und adäquatem Vorgehen durch eine solche Befragung übermäßige und langanhaltende Belastung erfahren. Sie können also auch die Jugendlichen direkt ansprechen.
- Das Wiedererleben und die Gedanken an das traumatische Ereignis sind Teil des Störungsbildes und gehören damit für Kinder und Jugendliche zum Alltag.
- Nachfragen oder psychologische Diagnostik führt nicht dazu, dass ein solches Erleben entsteht – es wird vielleicht erst in diesem Moment für Sie sichtbar.

Exkurs: Wie gehe ich mit Dissoziationen um?

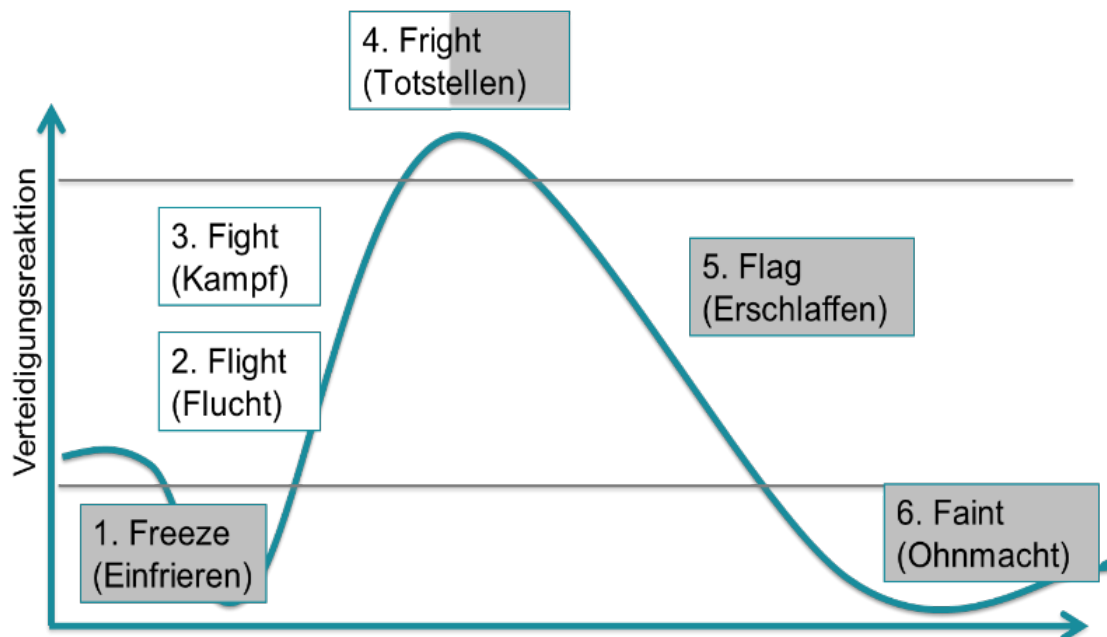
Bei schwer traumatisierten Jugendlichen kann bei einer Traumafolgestörung auch eine Dissoziation auftreten. In diesem Exkurs möchten wir näher darauf eingehen und Hintergrundinformationen geben:

Dissoziation beschreibt den Zerfall bzw. die Trennung von psychischen Funktionen (Bewusstsein, Gedächtnis, Identität oder Wahrnehmung) und dient häufig als Schutzmechanismus (Ehring & Kunze, 2020).

Verteidigungsreaktionen bei bestehender Lebensgefahr reichen von Aktivierung (Flight-Fight-Fright) bis hin zu Deaktivierung (Freeze-Fright-Flag-Faint) des Nervensystems (Schauer & Elbert, 2010).

Abbildung 3

Verteidigungsreaktionen beim Erleben oder Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses



Anmerkung. Adaptiert nach Schauer & Elbert (2010).

Kommt es zu Wiedererleben des traumatischen Ereignisses aufgrund der PTBS, werden Erinnerung, Reize, Gedanken und somit auch die Verteidigungsreaktion zum traumatischen Erlebnis aktiviert. Hat die Person während des zurückliegenden traumatischen Ereignisses auf eine Weise reagiert, die mit **einer Deaktivierung des Nervensystems** verbunden war, kann dies beim Wiedererleben zu **Dissoziation** führen (Schauer & Elbert, 2010).

Woran erkennt man einen dissoziativen Zustand?

Dissoziation muss nicht immer auf den ersten Blick erkennbar sein, in manchen Fällen kann ein dissoziativer Zustand auch ganz subtil verlaufen. Es gibt jedoch einige Hinweise, die darauf hindeuten können:

- Abwesenheit oder Leere im Blick
- Verzögerte Reaktionen
- Automatisierte, mechanische Bewegungen
- Verwirrtheit, Gedächtnislücken
- Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bewusst zu lenken
- Verändertes Verhalten
- Plötzliche Bewusstlosigkeit

Was können Sie als Jugendhelfemitarbeiter:in daraus mitnehmen?

Es gibt zahlreiche Strategien, um mit einer Dissoziation auch im Alltag der Jugendhilfe adäquat umzugehen. Diese könnten sein:

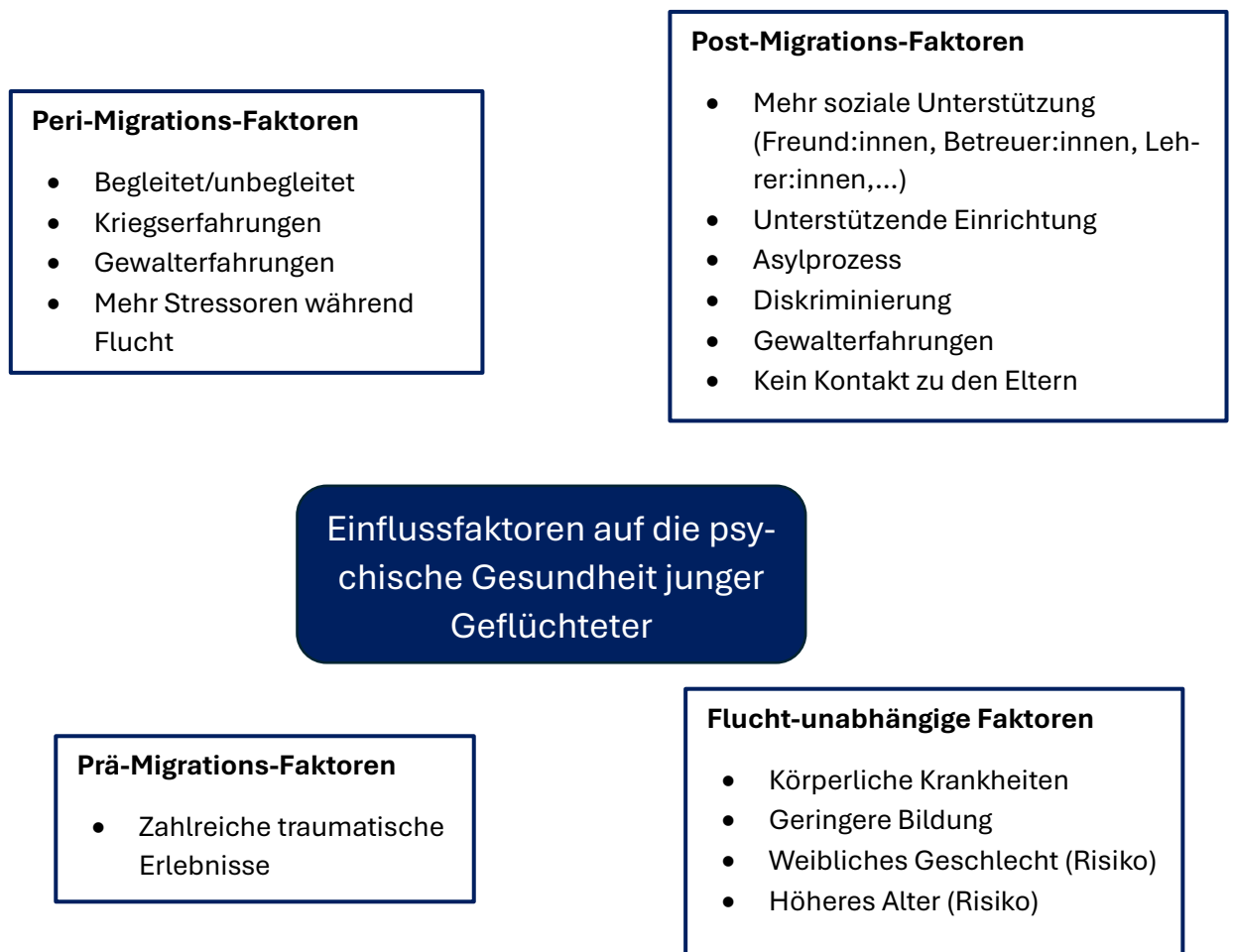
- Präventiv: Absprachen mit Betroffenen treffen → Frühwarnsymptome erarbeiten und weiteres Vorgehen abstimmen
- Dissoziation bemerken
- Ruhig bleiben und mit bestimmter Stimme sprechen
- Präsent sein, aber nicht bedrohlich
- Umgebung des „Hier und Jetzt“ betonen und erfahrbar machen (über die Sinne, über Bewegung, z.B. „Nenne mir 5 Dinge im Raum, die du gerade siehst“)
- Unterstützung des aktiven Diskriminierens zwischen der Erinnerung (damals) und dem „Hier und Jetzt“ (heute)
- Konstantes Orientieren in Raum und Zeit
- Anregungen zum Sprechen oder zum gemeinsamen Bewegen (z.B. auf der Stelle laufen)
- Verletzungsgefahren minimieren
- Bei Selbst- und Fremdgefahr: Notruf wählen!

Was beeinflusst die mentale Gesundheit der Jugendlichen?

Auf die mentale Gesundheit von unbegleiteten jungen Geflüchteten wirken viele unterschiedliche Faktoren. Diese Faktoren können vor (prä), während (peri) oder nach (post) der Flucht auftreten.

Abbildung 4

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit der jungen Geflüchteten



Anmerkung. Nach Fazel et al. (2012); Höhne et al. (2022); Oberg & Sharma (2023).

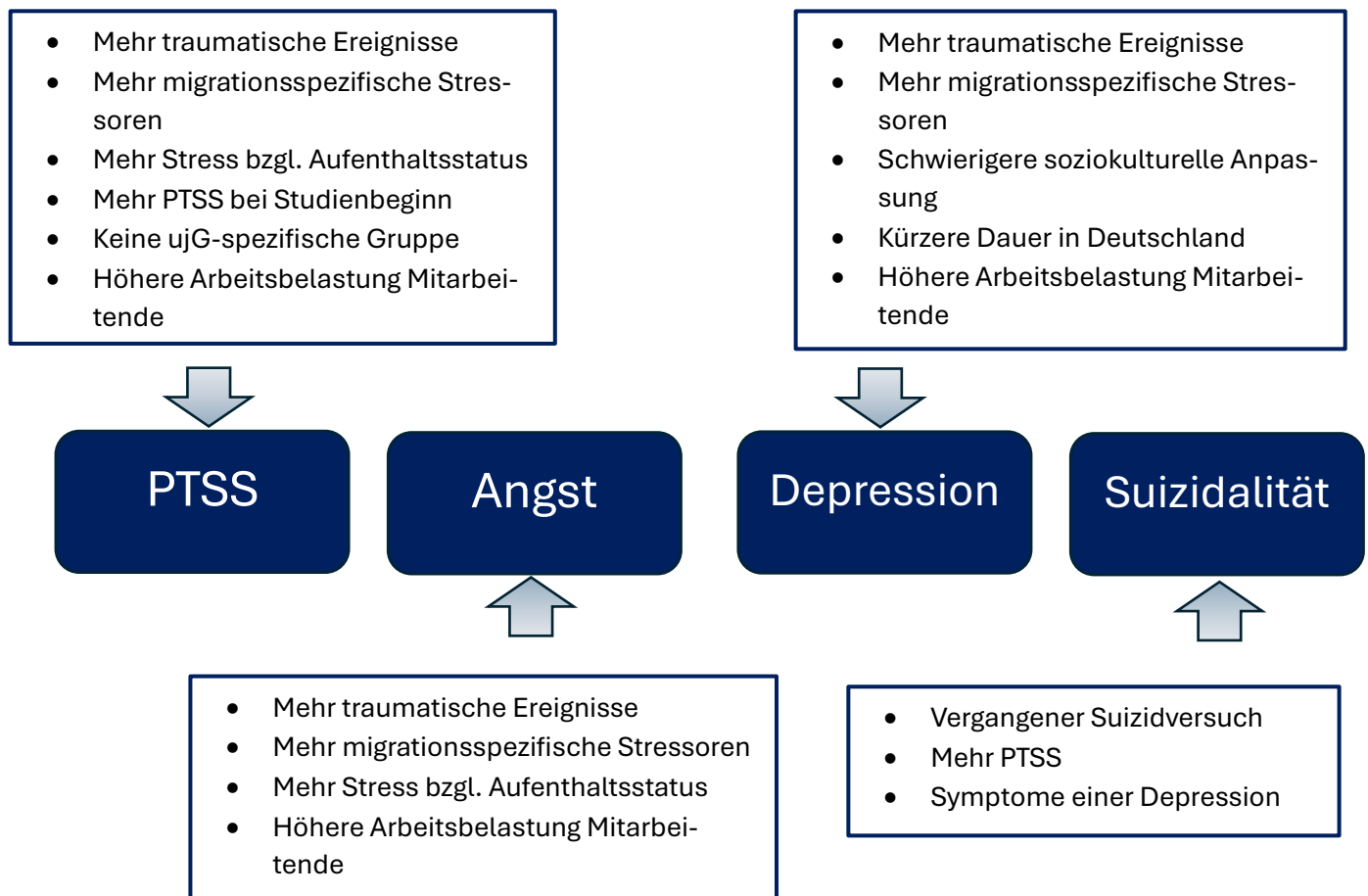
Ergebnisse aus dem Projekt BETTER CARE

Traumafolgen:

Durch unsere Untersuchungen konnten wir viele Einflussfaktoren und Zusammenhänge zu möglichen Traumafolgen aufzeigen. Eine Zusammenfassung finden Sie in folgender Abbildung:

Abbildung 5

Einflussfaktoren auf Traumafolgen aus den BETTER CARE-Ergebnissen



Anmerkung. PTSS = Posttraumatische Stress Symptomatik.

Lebensqualität der jungen Geflüchteten:

In den Bereichen Umwelt, Soziales sowie psychische und physische Lebensqualität gaben die Jugendlichen in unserer Befragung eine mäßige Lebensqualität an. Im Vergleich zu erwachsenen Geflüchteten in Deutschland ist die berichtete Lebensqualität damit etwas geringer ausgeprägt. Dabei reduzieren eine höhere Anzahl an berichteten traumatischen Ereignissen die Lebensqualität von unbegleiteten jungen Geflüchteten signifikant. Zusätzlich spielen hierbei auch wieder Postmigrationsstressoren (bspw. Schwierigkeiten Freund:innen zu finden, nicht ausreichend Geld, Vorurteile der Gesellschaft) eine entscheidende Rolle.

Akkulturation:

Grundsätzlich zeigten die Jugendlichen in unserer Stichprobe günstige Akkulturationsstrategien, die jedoch durch alltägliche Stressoren und traumatische Erfahrungen beeinflusst werden. Die häufigsten Strategien waren Integration und Assimilation.

- Integration beschreibt den Prozess, bei dem die Jugendlichen die Werte und Normen von Deutschland anerkennen und sich einbringen, dabei aber ihre Herkunftskultur bewahren (43.5 % der Jugendlichen).
- Assimilation hingegen bezieht sich auf den Prozess, bei dem die Jugendlichen ihre ursprüngliche kulturelle Identität aufgeben und vollständig die Werte, Normen und Verhaltensweisen der Aufnahmegesellschaft annehmen (37.1 % der Jugendlichen).
- Mehr Postmigrationsstressoren, wie z.B. Geldmangel, führten zu einer stärkeren Orientierung hin zum Heimatland.

- Mehr traumatische Ereignisse führten zu einer geringeren Orientierung am Heimatland.
- Es gab keine Faktoren, die die Orientierung an der Aufnahmegesellschaft beeinflussten.

Belastung der Jugendhelfemitarbeiter:innen:

Im Rahmen unserer Befragungen haben Sie als Bezugsbetreuer:innen auch eine Selbsteinschätzung zur sekundären Traumatisierung und Lebensqualität ausgefüllt. Sekundäre Traumatisierung entsteht, wenn Menschen durch das Miterleben oder die intensive Auseinandersetzung mit den Traumata anderer psychisch belastet werden. Im Hinblick auf die Jugendhelfemitarbeiter:innen lässt sich berichten, dass Burnout und sekundäre Traumatisierung unterdurchschnittlich ausgeprägt waren. Die Mitgefühlszufriedenheit (positives Gefühl, das entsteht, wenn man anderen hilft und spürt, dass man ihnen dadurch wirklich etwas Gutes tut) war hingegen durchschnittlich bis überdurchschnittlich ausgeprägt. Dies deutet darauf hin, dass Jugendhelfemitarbeiter:innen niedrigere Werte für sekundäre Traumatisierung aufweisen als erwartet.

Was können Sie als Jugendhelfemitarbeiter:in daraus mitnehmen?

Die psychische Gesundheit der Jugendlichen wird durch viele Faktoren beeinflusst. Viele davon sind bereits vor- oder während der Flucht aufgetreten, oder können nicht durch sie beeinflusst werden (wie bspw. Aufenthaltsstatus). Dennoch ist die soziale Unterstützung durch u.a. Sie als Jugendhelfemitarbeiter:in von enormer Bedeutung. Auch die Ausstattung der

Jugendhilfeeinrichtung (sowohl räumlich wie auch personell) und ein offenes Gruppenklima sind essentiell.

Welche Komponenten von BETTER CARE kann ich weiterhin in meinem Arbeitsalltag anwenden?

Screening

Zur (Früh-)Erkennung von PTBS und weiteren psychischen Erkrankungen stehen Ihnen als Jugendhilfemitarbeiter:innen Online-Screening-Tools zur Verfügung. Beispielsweise das Online-Tool PORTA dient der Erfassung von Belastungen bei jungen Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen. Dort haben Sie einen kostenfreien Zugang zu Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung in verschiedenen Sprachen. Die Fragebögen werden direkt ausgewertet und die Ergebnisse können heruntergeladen werden. Die eingegebenen Daten werden anonym behandelt.

Link zur Internetseite PORTA: <https://porta-refugees.de>

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen: porta.refugees@uniklinik-ulm.de



Zudem finden Sie die in BETTER CARE eingesetzten Screeninginstrumente in verschiedenen Sprachen auch auf unserer Webseite.



Wie gehe ich mit den Screening-Ergebnissen um?

Der:die Jugendliche ist im Screening klinisch unauffällig

Wie die Ergebnisse von BETTER CARE zeigen, entwickeln nicht alle unbegleiteten jungen Geflüchteten klinisch relevante Symptome. Dennoch ist es wichtig, auch bei unauffälligen Screeningergebnissen die Jugendlichen zu beobachten und noch mehr zu unterstützen, wenn sich die Symptomatik im Verlauf verschlechtern sollte. Eine PTBS kann nämlich auch verzögert einsetzen (sogenannte Late-Onset-PTBS). Vertrauen Sie auch Ihrem Bauchgefühl. Wenn Sie den Verdacht haben, dass das Ergebnis nicht mit Ihrem Eindruck vom Zustand des Jugendlichen übereinstimmt, können Sie sich an den Empfehlungen der nächsten Punkte orientieren.

Der:die Jugendliche zeigt im Screening grenzwertige (subklinische) Hinweise auf eine PTBS

Mein Weg

„Mein Weg“ ist eine traumapädagogische Gruppenintervention für junge Geflüchtete zwischen 13 und 21 Jahren (Pfeiffer & Goldbeck, 2019). Anders als die meisten traumapädagogischen Konzepte wurde diese Intervention nach hohen wissenschaftlichen Kriterien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. **Ziel dieses Ansatzes ist eine Symptomreduktion und Prävention bei jungen Geflüchteten mit einzelnen posttraumatischen und depressiven Stresssymptomen, die auch sehr einschränkend sein können.** Ihre Symptome erfüllen aber nicht das Vollbild einer PTBS. Die Intervention ist angelehnt an

das evidenzbasierte Therapieverfahren Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT; siehe Seite 31) und beinhaltet die Hauptkomponenten Psychoedukation, Entspannung, Traumanarrativ sowie das Besprechen von negativen Gedanken bezogen auf das Trauma. Diese Gruppenintervention ist niedrigschwellig und kann **von geschultem Personal in Einrichtungen der Jugendhilfe** durchgeführt werden. Vorteilhaft ist, dass die Materialien weitgehend sprachfrei sind und damit mit Jugendlichen verschiedener Muttersprachen durchgeführt werden können. Insgesamt besteht eine „Mein Weg“ Gruppe aus drei bis fünf Teilnehmenden und zwei Gruppenleiter:innen. Die „Mein Weg“ Intervention umfasst sechs 90-minütige wöchentliche Sitzungen und zwei optionale Zusatzsitzungen.

Ergebnisse aus BETTER CARE

Im Rahmen von BETTER CARE wurden 164 „Mein Weg“-Gruppenleiter:innen aus 38 Jugendhilfeeinrichtungen geschult. Die Schulungen wurden als hilfreich wahrgenommen, besonders für den Umgang mit jungen Geflüchteten. Insgesamt starteten 19 „Mein Weg“ Gruppen mit 83 Jugendlichen, von denen 16 Gruppen und 48 Jugendliche die Intervention erfolgreich abschlossen. Vorzeitige Beendigungen waren auf strukturelle Hindernisse (z. B. Personal-mangel) und persönliche Gründe (z. B. Erkrankungen von „Mein Weg“ – Gruppenleiter:innen) zurückzuführen.

Die Jugendlichen sammelten erstmals **positive Erfahrungen** mit traumafokussierten Konzepten, lernten, über Erlebnisse zu sprechen, **Vermeidungsverhalten zu überwinden** und Problemlösestrategien zu entwickeln. Die Wissensvermittlung **reduzierte Selbststigmatisierung** und senkte teilweise die Hürde für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung. Ein Angebot direkt vor Ort zu haben, bei welchem Sie von bereits bekannten Erwachsenen

begleitet wurden, empfanden viele als angenehmer als zu einer fremden Person in eine Klinik oder Praxis zu gehen.

Gruppenleiter:innen berichteten von **positiven Gruppen- und Beziehungserfahrungen, gesteigertem Selbstwirksamkeitserleben** der Jugendlichen und der Integration der Strategien in den Alltag. Die manualisierte, traumafokussierte Arbeit stellte für viele einen neuen Aspekt Ihrer Arbeit dar.

Wie können Sie in Zukunft in der Jugendhilfe „Mein Weg“ nutzen?



Das offizielle Manual kann online z.B. unter hogrefe.com erworben werden. Kontaktdaten für „Mein Weg“ Supervisor:innen finden Sie im Manual.

Der:die Jugendliche zeigt im Screening klinisch relevante Hinweise auf eine PTBS

Bei klinisch relevanten Hinweisen auf eine PTBS, d.h. einer Symptomatik, die das Leben und den Alltag der Jugendlichen stark beeinträchtigt, empfehlen wir eine Vorstellung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen oder Kinder- und Jugendpsychiater:innen zur weiteren diagnostischen Abklärung. Gegebenenfalls kann eine traumafokussierte Psychotherapie (z.B. TF-KVT, siehe Seite 31) eingeleitet werden. Sollte die Wartezeit länger als drei Monate betragen, können Sie „Mein Weg“ oder andere traumafokussierte Gruppenangebote als Überbrückung anbieten.

Welche Hilfsmöglichkeiten wünschen sich die Jugendlichen im Alltag

Wie oben beschrieben sind viele junge Geflüchtete sehr resilient und entwickeln keine psychische Erkrankung, auch wenn sie viele Traumata erlebt haben und aktuell Postmigrationsstressoren erleben. Nicht zuletzt ergibt sich diese Resilienz aus den Bewältigungsstrategien, die junge Geflüchtete entwickelt haben.

Als Jugendhelfemitarbeiter:innen leisten Sie einen sehr großen Beitrag für die psychische Gesundheit der Jugendlichen und Entwicklung einer Resilienz, da eine feste Tagesstruktur oder ein regelmäßiges Beziehungsangebot die zentrale Grundlage für psychische Gesundheit sein können. Wenn Sie ganz konkret nach weiteren Wegen suchen, wie sie die Jugendlichen unterstützen können, dann könnten die hier aufgeführten Ideen für Sie als Inspiration vielleicht hilfreich sein.

Junge Geflüchtete haben viele eigene Bewältigungsstrategien. Im Gruppenalltag können Sie die Jugendlichen dabei unterstützen, diese Bewältigungsstrategien anzuwenden, wie z.B. Kontakt zu Betreuer:innen und Freunden, Sport und Bewegung, Schlafen, Musik hören. Es ist in Ordnung, auch einmal ‚allein‘ sein zu wollen. Trotzdem ist es wichtig, soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten zu fördern. Das kann man unabhängig vom Screeningergebnis immer anbieten und wird auch gut angenommen. Wichtig ist, **bei subklinischen oder klinisch relevanten Hinweisen auf eine PTBS dies zusätzlich zu einer traumafokussierten Intervention anzubieten**. Aktivitätsbasierte Interventionen können Psychotherapie nicht ersetzen.

Fortbildungen/eigene Psychohygiene

In vielen Jugendhilfeeinrichtungen gibt es bereits tolle Möglichkeiten zur eigenen Psychohygiene für Mitarbeiter:innen. Durch den Austausch mit Ihnen und Ihren Kolleg:innen haben wir erkannt, wie wichtig regelmäßige Schulungen für Betreuer:innen sind. Unsere wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen zudem, dass diese Schulungen insbesondere auf individuelle und migrationsspezifische Stressfaktoren sowie deren Bewältigung ausgerichtet sein sollten. Auch die Psychohygiene der Betreuer:innen ist von großer Bedeutung. Wir empfehlen daher Intervention und Supervision. Auch Fortbildungen zum eigenen Umgang mit psychischer Belastung oder zu Stressbewältigung können für eine nachhaltige Stabilität in der Arbeit mit den Jugendlichen und vor allem für Ihr Wohlbefinden sorgen.

Nehmen die Jugendlichen überhaupt Therapie in Anspruch?

Trotz des hohen Bedarfs ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch unbegleitete junge Geflüchtete gering. Zudem haben unbegleitete Geflüchtete im Vergleich zu Gleichaltrigen, die hier aufgewachsen sind oder mit ihren Eltern hier leben, weniger Zugang zu evidenzbasierter, traumafokussierter Psychotherapie (Michelson & Sclare, 2009). Die Barrieren sind vielfältig und können auf mehreren Ebenen liegen.

Wir haben in einer Diskussionsrunde Sie, Psychotherapeut:innen, Supervisor:innen und Projektmitarbeiter:innen gefragt. Das konnten wir herausfinden:

	Barrieren	Ideen zum Umgang mit Barrieren
Schwierige Lebenssituation der Jugendlichen	▪ Angespannte politische Lage im Heimatland, anhaltende Konflikte, unsichere Lebenssituation der Familie im Heimatland ▪ Abschiebeandrohungen/unsicherer Aufenthaltstitel ▪ Laufende Gerichtsverfahren	▪ Eine Psychotherapie kann trotzdem stattfinden! ▪ TF-KVT kann auch unter unsicheren/nicht stabilen Bedingungen wirksam sein ▪ Erarbeitung des Traumanarrativs: unterstützend für Darstellung der Flucht/Fluchtgründe im Asylprozess, reduziert Belastung während Asylprozess ▪ Erfolgreiche Psychotherapie hilfreich für Integration ▪ Strategien zum Umgang mit Herausforderungen im Alltag werden in der Therapie erarbeitet (z.B. mit Berichterstattung, unsicherem Aufenthaltsstatus, ...)

Schwer zugängliches Gesundheitssystem	▪ Fehlende/schwer umsetzbare Finanzierungsmöglichkeiten (Psychotherapie, Dolmetscher:innen, Fahrtkosten) ▪ Lange Fahrtzeiten und -wege, ▪ Außerhalb des BETTER CARE Projekts: Kein Kontakt zu Psychotherapeut:innen und lange Wartelisten ▪ Finanzierung der Psychotherapie	▪ Greifen Sie auf die durch BETTER CARE entstandenen Kontakte zurück! ▪ Liste in TF-KVT geschulter Psychotherapeut:innen (TF-KVT Web: https://tfkvt.ku.de) ▪ Leitfaden zur Beantragung der Finanzierung von Psychotherapie (siehe weiterführende Ressourcen) ▪ Psychotherapeut:innen-Suche Online (siehe weiterführende Ressourcen)
Individuelle Barrieren auf Seiten der Jugendlichen	▪ Sprachbarriere ▪ Besonderheit: Dolmetscher:in - Qualitätsunterschiede - Finanzierung - Persönliche Einflüsse der Dolmetscher:innen - „Eine dritte Person im Raum“ ▪ Mangelndes Vertrauen in das System (<i>Erfährt das BAMF von den Inhalten, die ich in der Therapie teile?</i>) ▪ Kulturelle Differenzen ▪ Vorbehalte gegenüber Psychotherapie, Angst vor Stigmatisierung, fehlendes Wissen über psychische Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten (<i>Psychotherapie ist nur etwas für Verrückte, das brauche ich nicht</i>). ▪ Fehlende Unterstützung bei bspw. kognitiven Einschränkungen	▪ Aufklärung der Jugendliche über Psychotherapie und psychische Gesundheit (siehe weiterführende Ressourcen) ▪ Fragen Sie nach spezifischen Befürchtungen der Jugendlichen und räumen Sie diese ggf. aus dem Weg. ▪ Wichtig: Psychotherapie ist freiwillig und nur bei ausreichender Eigenmotivation wirksam.
Allgemeine mögliche Lösungsansätze	▪ Es gibt Anlaufstellen, die Ihnen bei Unsicherheiten weiterhelfen können und z.B. auch Workshops zu bestimmten Themen anbieten (z.B.: BAfF, BUMF, Refugio). ▪ Flexibilität und Kreativität ▪ Transparenz und Klarheit ▪ Traumapädagogik und allgemeiner Wissensaufbau ▪ Standards etablieren ▪ Vernetzung und Kooperationsvereinbarungen treffen ▪ Arbeitskreise gründen, Intervention und Supervision	

Umfangreiche Materialien für den Umgang mit Barrieren, finden Sie auf unserer Website (siehe QR-Code).



Ergebnisse aus BETTER CARE

Das Konzept der Psychotherapie ist vielen jungen Geflüchteten fremd und löst oft eher Misstrauen aus. Stattdessen greifen sie eigenständig auf eine Vielzahl von Bewältigungsstrategien zurück, die sowohl positiv (z.B. Sport) als auch negativ (z.B. Drogenkonsum) sein können. Wichtig ist, die positiven Bewältigungsstrategien zu fördern. Aktivitätsbasierte Interventionen stoßen dabei auf viel Offenheit. Aus unseren Interviews mit den Jugendlichen wurde außerdem deutlich, dass eine sichere Aufenthaltsperspektive und ein transparenter Asylprozess die Bereitschaft der Jugendlichen erhöht, Hilfsangebote anzunehmen. Im Rahmen von BETTER CARE haben wir 139 Jugendlichen mit PTBS-Symptomatik TF-KVT angeboten. Von diesen äußerte **etwa die Hälfte** die Absicht, die TF-KVT in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich hing eine höhere PTBS-Symptomatik, ein längerer Aufenthalt in Deutschland und niedriges Alter mit der Intention zusammen, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. **Wenn die Jugendlichen diese Absicht geäußert haben, haben sie auch zu einem großen Teil eine Therapie in Anspruch genommen.** In einer weiterführenden Interviewstudie wurden diejenigen uJG, die Therapie in Anspruch genommen haben, zu ihren Erwartungen an die Psychotherapie befragt. Viele beschrieben einen enormen Leidensdruck vor Beginn der Therapie. Häufig war es jedoch die Unterstützung von außen, insbesondere durch Betreuer:innen, die sie motivierte, eine Psychotherapie zu beginnen. Für die Inanspruchnahme der Psychotherapie sind Sie also die sogenannten

Gatekeeper. Das bedeutet, dass Sie als erste Ansprechpersonen oft entscheiden, ob und wann Jugendliche den Zugang zu therapeutischer Unterstützung erhalten. Einsamkeit und der Mangel an Gesprächspartner:innen veranlassten die Jugendlichen oft dazu, die Psychotherapie auszuprobieren, auch wenn sie nicht genau wussten, was sie erwartete. Vor Beginn der Therapie hatten die meisten positive Erwartungen und eine Hoffnung auf Besserung.

Was können Sie als Jugendhelfemitarbeiter:in daraus mitnehmen?

- Auch wenn es viele Barrieren gibt, gibt es auch viele Lösungsvorschläge (siehe Tabelle oben)!
- Junge Geflüchtete haben viele eigene Bewältigungsstrategien
 - Sie sind dabei eine große Unterstützung!
 - Machen Sie den Jugendlichen viele aktivitätsorientierte Angebote, diese werden gerne angenommen und sind hilfreich in Bezug auf den Umgang mit den PTBS-Symptomen.
- Den Jugendlichen ist das Konzept der Psychotherapie häufig nicht bekannt, teilweise haben sie auch schon einmal schlechte Erfahrungen gemacht. Nur ca. die Hälfte der Jugendlichen mit einer PTBS nimmt eine Psychotherapie in Anspruch.
 - Klären Sie die Jugendlichen über Psychotherapie auf! Verdeutlichen Sie die Vorteile einer Psychotherapie und eines Lebens ohne PTBS-Symptome, bewahren Sie dabei die Freiwilligkeit der Psychotherapie im Hinterkopf. Materialien zur Aufklärung über Psychotherapie finden Sie auf unserer Website (siehe QR-Code).

Was passiert in einer traumafokussierten Psychotherapie?

Traumafokussierte Psychotherapie ist ein Überbegriff für mehrere Therapieverfahren. Sie alle haben das Ziel, Erinnerungen an ein Trauma, Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen sowie die Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Person zu thematisieren. Die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2017) ist eine wissenschaftlich belegte Methode für von PTBS betroffene Kinder, Jugendlichen und deren Familien. Diese Therapie hilft auch den jungen Geflüchteten, das Erlebte zu verarbeiten (Patel et al., 2024; Unterhitzenberger et al., 2019). Die TF-KVT besteht aus verschiedenen Komponenten:

- **Psychoedukation:** Vermittlung von Wissen über Trauma und dessen Auswirkungen, um Verständnis zu fördern und die Jugendlichen zu entlasten bzw. die Symptomatik zu normalisieren
- **Elternfertigkeiten:** Stärkung der Erziehungskompetenzen von Eltern und professionellen Bezugspersonen, um Kinder und Jugendliche zu unterstützen und einen Umgang mit PTBS-Symptomen (z.B. Reizbarkeit, Wut) zu finden
- **Entspannungstechniken:** Einüben von Methoden wie z.B. tiefe Bauchatmung oder Progressive Muskelentspannung
- **Affektregulation und -modulation:** Stärkung von Fähigkeiten zum Ausdruck und zur Regulierung von Gefühlen
- **Kognitive Verarbeitung:** Erlernen von Methoden zum Umgang mit verzerrten und nicht hilfreichen Denkmustern und Überzeugungen
- **Traumanarrativ:** Erstellung einer Erzählung des Erlebten, Einordnung des traumatischen Ereignisses in die persönliche Lebensgeschichte

- **Kognitive Bewältigung:** Veränderung schmerzvoller, traumabezogener Denkmuster und Überzeugungen
- **In-vivo Bewältigung:** Konfrontation mit traumabezogenen Ängsten oder Situationen
- **Gemeinsame Sitzungen:** Therapiesitzungen mit dem Kind und den Eltern/Bezugspersonen, in der das Traumanarrativ geteilt wird
- **Erleben von Sicherheit:** Strategien zur Stärkung der Sicherheit und Prävention zukünftiger Traumata, Etablieren eines Sicherheitsgefühls

Ziel ist es, Betroffenen dabei zu helfen, ihre traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten und eine effektive Bewältigung im Alltag zu ermöglichen. Bei Interesse finden Sie auf dieser Webseite <https://tfkvt.ku.de/> einen detaillierten Überblick über die Therapieinhalte.



Welche Rolle haben Sie als Jugendhelfemitarbeiter:in/Einrichtung hierbei?

Um die im Rahmen von BETTER CARE stattgefundenen Psychotherapien zu evaluieren, haben wir Interviews mit behandelnden Psychotherapeut:innen geführt. Diese betonten die zentrale Rolle der Mitarbeiter:innen der Jugendhilfe für eine erfolgreiche Psychotherapie. Als **Gatekeeper** tragen sie also nicht nur wesentlich dazu bei, dass Jugendliche einen Therapieplatz bekommen und in Anspruch nehmen, sondern helfen bei der Durchführung der Psychotherapie. Wir hoffen, dass diese Handreichung und das zusätzliche Informationsmaterial auf unserer Website (siehe QR-Code) Sie dabei unterstützen können.



In unserer Interviewstudie mit Psychotherapeut:innen wurde deutlich, dass der Therapieerfolg der betreuten Jugendlichen wesentlich davon abhängt, inwiefern Sie als Betreuungsperson:

- **eine Psychotherapie als wichtig erachten** und dies den Jugendlichen vermitteln
- **aktive Unterstützung durch Begleitung zu den Therapiesitzungen und im Alltag anbieten**
- eng mit den **Psychotherapeut:innen zusammenarbeiten** und Informationen austauschen
- über **fundierte Wissen** über PTBS und Psychotherapie verfügen
- den **Transport zu den Therapiesitzungen** ermöglichen

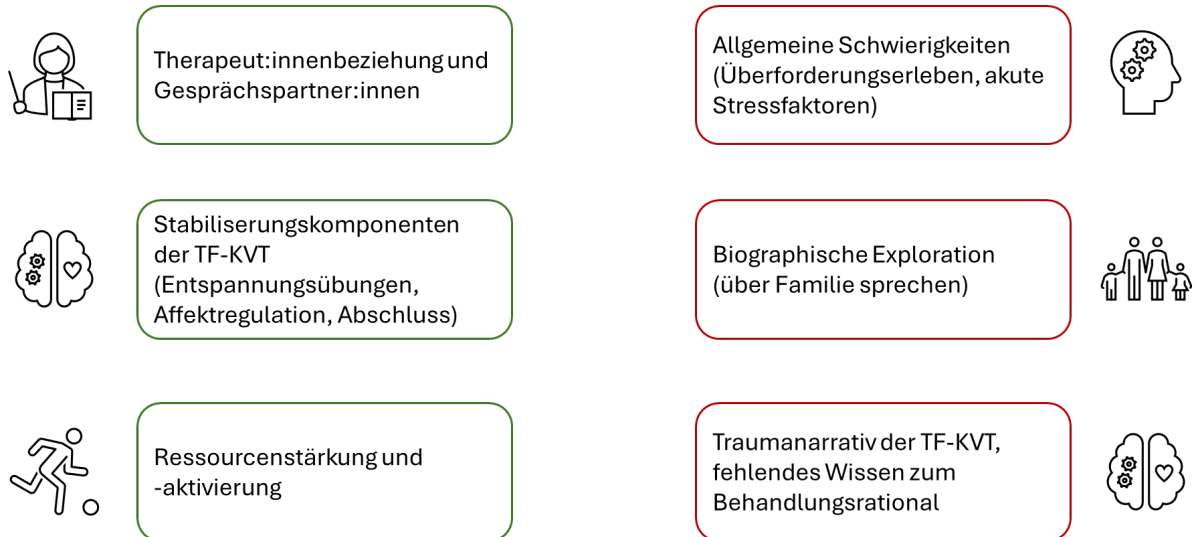
Uns ist absolut bewusst, dass in Jugendhilfeeinrichtungen oft nicht die personellen und zeitlichen Möglichkeiten bestehen, die Jugendlichen zu jeder Therapiesitzung zu begleiten. **Auch eine Begleitung zu einzelnen Sitzungen kann gewinnbringend sein.** Zudem ist es besonders wichtig, die Jugendlichen an ihre Therapiesitzungen und Hausaufgaben zu erinnern, sie zu loben, den Transport zur Therapie sicherzustellen und immer wieder die Relevanz und Wichtigkeit der Therapie für die Zukunft zu betonen.

Wie sehen die Jugendlichen die TF-KVT? Welche Erfahrungen haben Sie während BETTER CARE mit Psychotherapie gemacht?

In einem partizipativen Prozess ist es entscheidend, die Sicht aller Beteiligten und v.a. die der Betroffenen zu erfassen. Wir haben Interviews mit den Jugendlichen zu Ihren Erfahrungen und Einschätzungen in der Therapie geführt. Folgende förderliche und hinderliche Faktoren wurden genannt:

Abbildung 6

Übersicht der förderlichen und hinderlichen Faktoren aus Sicht der ujG



Aus den Interviews konnten wir von den Jugendlichen lernen, welche Anpassungen hilfreich wären oder welche Wünsche sie an Psychotherapeut:innen haben. Eines der wichtigsten Ergebnisse ist, dass die Jugendlichen im Verlauf der Therapie eine Besserung feststellen konnten. Die Traumakonfrontation erlebten sie jedoch als herausfordernd. Für uns Psychotherapeut:innen ist es besonders wichtig, genau über das Rational und das Ziel dieser therapeutischen Technik aufzuklären. Bei bestehenden Sprachbarrieren müssen wir wirklich sicher gehen, dass die wichtigsten Informationen zur Traumakonfrontation verstanden wurden.

Was können Sie als Jugendhilfemitarbeiter:in daraus mitnehmen?

- **Psychotherapie lohnt sich langfristig:** Sie stärkt die psychische Gesundheit, die essenziell für Bildung und Integration ist und ist somit eine wichtige Grundlage für die Zukunft der Jugendlichen.
- In der Anfangsphase lernen Jugendliche Bewältigungsstrategien wie Entspannungstechniken. **Ermutigen Sie sie zum Üben.**
- Eine anfängliche Symptomverschlechterung ist normal und Teil der Verarbeitung der Erlebnisse. Studien zeigen langfristige Verbesserungen trotz dieser Belastungen. **Unterstützen Sie z.B. durch gemeinsame Entspannungsübungen und motivieren Sie die Jugendlichen, die Psychotherapie abzuschließen.**
- **Aufklärung** ist entscheidend: Helfen Sie den Jugendlichen, Psychotherapie und den Zusammenhang mit ihrer Symptomverbesserung zu verstehen. Dies hilft auch bei der Stärkung ihrer Motivation. Wenn möglich, begleiten Sie die Jugendlichen zu den psychotherapeutischen Sitzungen und stehen Sie im Austausch mit den Psychotherapeut:innen.

Wie kann Psychotherapie gelingen, wenn die Jugendlichen noch nicht gut genug Deutsch sprechen?

Die Sprachbarriere wird häufig als Hindernis für die Aufnahme einer Psychotherapie angesehen. Professionelle Dolmetscher:innen, die idealerweise für das therapeutische Setting geschult wurden, können den Jugendlichen dabei helfen, dennoch eine Psychotherapie zu machen. Studien zeigen, dass eine **Psychotherapie mit Dolmetscher:innen genauso effektiv ist, wie eine Therapie ohne dolmetschende Personen** (Brune et al., 2011).

Allerdings bringt die Triade Patient:in – Psychotherapeut:in – Dolmetscher:in einige Herausforderungen mit sich. Um diesen Herausforderungen bestmöglich entgegenzuwirken, haben wir 129 Dolmetscher:innen im Rahmen von BETTER CARE in Workshops geschult. Die Inhalte dieser Schulung, die von Themen wie Schweigepflicht über PTBS und der Vorstellung der einzelnen TF-KVT-Module reichten, sollten die Dolmetschenden dabei ganz spezifisch auf die Arbeit mit jungen Geflüchteten in einer TF-KVT vorbereiten. Ergänzt wurde der Wissensinput durch Diskussionen, Rollenspiele und Übungen. Bei der Evaluation der Schulung zeigte sich, dass die Dolmetscher:innen direkt nach der **Schulung sehr zufrieden** waren, und tatsächlich **Wissen erworben** haben. Ihre **Einstellung zugunsten einer guten Zusammenarbeit mit Therapeut:innen und in der Therapie hatte sich verbessert** (Müller et al., 2023). Diese Einstellungsänderung blieb über den Zeitraum von einem Jahr stabil.

Die Interviews im Rahmen von BETTER CARE zeigen, dass die Verfügbarkeit von Dolmetscher:innen den Erfolg von Psychotherapie fördern kann. Psychotherapeut:innen betonten die Bedeutung wortwörtlicher und transparenter Übersetzungen. Neben der sprachlichen Vermittlung können Dolmetscher:innen auch als Kulturmittler:innen Vertrauen und den Einstieg in die Therapie erleichtern.

Falls keine für Psychotherapie geschulten Dolmetscher:innen verfügbar sind, sind sprachliche und kulturelle Kompetenz sowie ein Verständnis für Vertraulichkeit und Empathie essenziell. Gemeindedolmetscher:innen-Pools oder Online-Dienste bieten flexible Alternativen. Digitale Übersetzungstools wie „Google Translate“ sollten wegen Datenschutzbedenken mit Vorsicht genutzt werden.

Weiterführende Ressourcen

Für Ihre zukünftige Arbeit mit Kinder und Jugendlichen mit und ohne Fluchthintergrund finden Sie auf unserer Website interessante Materialien:



Literaturverzeichnis

- Brune M, Eiroá-Orosa FJ, Fischer-Ortman J, Delijaj B, Haasen C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 144–51.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (Second edition). The Guilford Press.
- Ehring, T. & Kunze, A. (2020). Posttraumatische Belastungsstörung. In J. Hoyer & S. Knappe. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 1159-1183). Springer.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet (London, England)*, 379(9812), 266–282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Höhne, van der Meer, A. S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2022). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(8), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01678-2>
- Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 13-34). Springer.
- Michelson, D., & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273–296. <https://doi.org/10.1177/1359104508100889>
- Müller, L. R. F., Herold, M. L., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2023). Development and evaluation of a training program for interpreters in the field of trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Frontiers in Psychology*, 14, 1148690. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1148690>
- Oberg, C., & Sharma, H. (2023). Post-Traumatic Stress Disorder in Unaccompanied Refugee Minors: Prevalence, Contributing and Protective Factors, and Effective Interventions: A Scoping Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(6).
- Patel, Z. S., Casline, E. P., Vera, C., Ramirez, V., & Jensen-Doss, A. (2024). Unaccompanied migrant children in the United States: Implementation and effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(Suppl 2), S389–S399. <https://doi.org/10.1037/tra0001361>
- Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2019). *Traumafokussierte pädagogische Gruppenintervention für junge Flüchtlinge: Das Programm "Mein Weg"* (1. Auflage). Ciando library. Hogrefe.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress. *Zeitschrift Für Psychologie / Journal of Psychology*, 218(2), 109–127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Unterhitzenberger, J., Wintersohl, S., Lang, M., König, J., & Rosner, R. (2019). Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: A pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 22. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0282-3>
- Wamser-Nanney, R., & Campbell, C. L. (2022). Correlates of caregiver's help seeking behavior among young maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 126, 105520. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105520>

Notizen

„Mir ging es sehr schlecht. Zum Beispiel ging es mir nachts sehr schlecht, dann war ich irgendwie erschöpft, ich hatte überhaupt keine Lust mehr auf das Leben. Diese Dinge gab es. Dann hier - mögen ihre Hände nicht wehtun [afghanisches Sprichwort] - haben uns die Betreuer geholfen. Sie haben uns immer geholfen, sie waren immer für uns da. Sie haben uns zu den Ärzten gefahren. Sie haben immer die Termine für uns ausgemacht. Es wurde hier immer besser, für mich wurde es immer besser, Tag für Tag ging es mir besser“

– Projektteilnehmer der BETTER CARE Interviewstudie

Haben Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen?

Kontaktieren Sie uns jederzeit!

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Prof. Dr. Rita Rosner

Projekt BETTER CARE

Ostenstraße 25

85072 Eichstätt

Bettercare@ku.de

<https://bettercare.ku.de/>