



*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 Traumafolgen zeigen sich bei geflüchteten Jugendlichen?	5
Was beeinflusst die mentale Gesundheit geflüchteter Jugendlicher?	11
Was kann die Jugendhilfe im Alltag leisten?	15
Nehmen geflüchtete Jugendliche überhaupt Psychotherapie in Anspruch?	20
Was macht traumafokussierte Psychotherapie für geflüchtete Jugendliche wirkungsvoll?	25
Wie kann Psychotherapie gelingen, wenn die geflüchteten Jugendlichen noch nicht gut genug Deutsch sprechen?	34
Weiterführende Ressourcen	36
Literaturverzeichnis.....	36

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

Zusammenfassungen und Take-Home
Messages finden Sie in diesen Boxen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach mehreren ereignisreichen Jahren endet die aktive Phase des Projektes BETTER CARE im Januar 2025. Seit unserem ersten Kontakt hat sich einiges getan: Wir konnten insgesamt 58 Jugendhilfeeinrichtungen für das Projekt gewinnen, 627 junge Geflüchtete haben teilgenommen und 87 Psychotherapeut:innen wurden in der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) weitergebildet. Das sind beachtliche Zahlen! BETTER CARE ist damit eines der größten Forschungsprojekte mit unbegleiteten jungen Geflüchteten. 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 das Ausfüllen der zahllosen Befragungen, die Teilnahme am Workshop und den Case Consultations. Vor allem aber bedanken wir uns für Ihr unermüdliches Engagement bei der Begleitung der Jugendlichen!

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.

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

Ihr BETTER CARE-Team

Welche Traumafolgen zeigen sich bei geflüchteten Jugendlichen?

Aufgrund zahlreicher Krisen und Kriege befinden sich weltweit laut UNHCR aktuell rund 120 Millionen Menschen auf der Flucht. Unbegleitete junge Geflüchtete sind dabei eine besonders vulnerable Gruppe, auch im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sie oftmals verschiedene potenziell traumatische Ereignisse vor, während und nach der Flucht erleben. Außerdem erleben sie im Durchschnitt auch mehr traumatische Ereignisse als begleitete minderjährige Geflüchtete (Müller et al., 2019). Durch die Trennung von ihren Familien müssen sie häufig mit der Unsicherheit über den Verbleib ihrer Familienmitglieder und dem Abbruch von Bindungen umgehen. Zusätzlich sind sie teilweise mit Veränderungen ihres Selbstbildes und ihrer Rolle innerhalb der Familie konfrontiert (Liddell et al., 2022). Daher ist es nicht verwunderlich, dass eine Vielzahl von Untersuchungen zur psychischen Gesundheit unter unbegleiteten Geflüchteten hohe Prävalenzraten psychischer Erkrankungen, darunter Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, 4.6 %-43.0 %), Depression (2.9 %-61.6 %) und Angststörungen (32.6 %-38.2 %) sowie Verhaltensprobleme (4 %-14.3 %) berichten (Daniel-Calveras et al., 2022). Hinzukommen mitunter auch Symptome einer anhaltenden Trauerstörung. Diese treten in Geflüchtetenpopulationen deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung, da Geflüchtete häufig (multiple) traumatische Verluste naher Angehöriger erleben (Kokou-Kpolou et al., 2020). Auch PTBS und anhaltende Trauersymptome treten bei Geflüchteten häufig komorbid auf (Comtesse et al., 2024).

Auch wenn Menschen mit Fluchthintergrund eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, ist hervorzuheben, dass es dennoch einen großen Anteil an resilienten Personen gibt, für die dies nicht zutrifft.

Ergebnisse aus dem Projekt BETTER CARE

In unser Projekt wurden insgesamt 627 unbegleitete junge Geflüchtete eingeschlossen. Daher bezieht sich folgende Handreichung und die Ergebnisse des Projektes auch auf diese Zielgruppe.

Die Projektteilnehmer:innen waren zu 93,14 % männlich (584), 8,77 % weiblich (55) und 0,80 % divers (5). Im Durchschnitt waren sie 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). Mit Hilfe von Fragebögen zu PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen wurden die Ausprägungen der psychischen Belastung ermittelt, die in Abbildung 2 dargestellt sind. Es zeigt sich, dass 43% klinisch auffällige PTBS-Symptome, 41% klinisch auffällige Depressionssymptome und 24% klinisch auffällige Angstsymptome aufweisen.

Abbildung 1

Erlebte traumatische Ereignisse der am Projekt teilnehmenden Jugendlichen

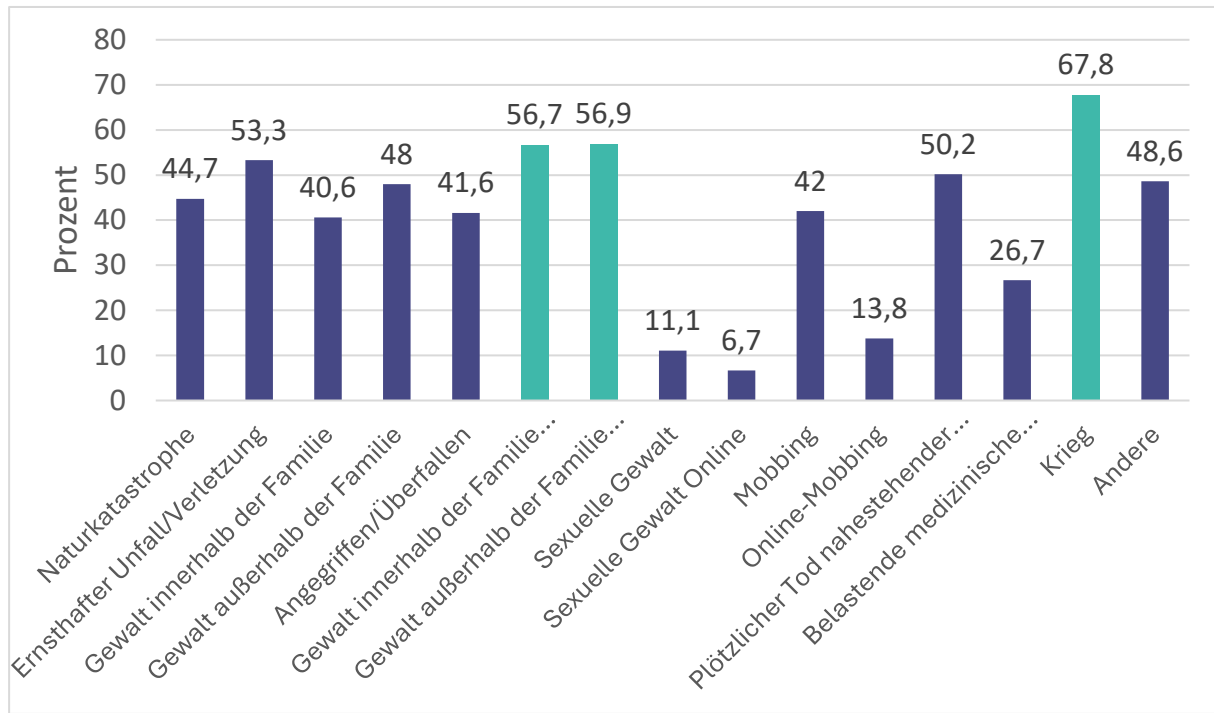
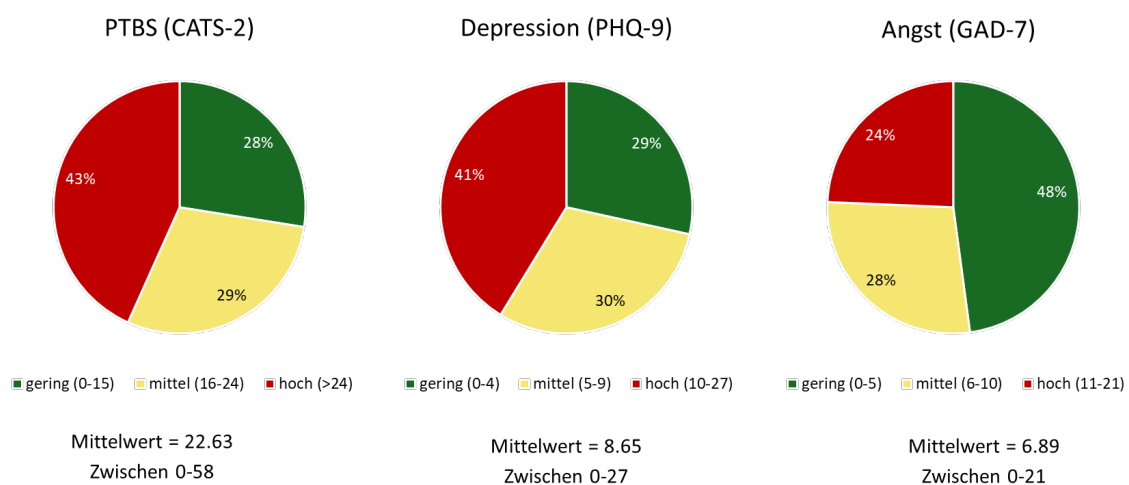


Abbildung 2

Symptombelastung der am Projekt teilnehmenden Jugendlichen



Anmerkung. Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7).

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. Damit ist die Übereinstimmung trotz zusätzlicher Herausforderungen wie Kommunikationsbarrieren und kulturellen Unterschiede ähnlich zu derer zwischen biologischen Eltern und ihren Kindern (z.B. Wamser-Nanney & Campbell, 2022). Die geringe Übereinstimmung war insbesondere dann der Fall, wenn Komorbiditäten neben der PTBS vorlagen und/oder Jugendliche eine kürzere Zeit in der Einrichtung lebten. Dies unterstreicht die Bedeutung der regelmäßigen Durchführung von störungsspezifischen Screeningfragebögen zur (Früh-)Erkennung von PTBS und anderen Traumafolgestörungen.

Retraumatisierung: Definitionen

Im Rahmen der Arbeit mit Geflüchteten, fällt im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen, oft der Begriff der *Retraumatisierung*. Menschen verschiedener Professionen befürchten, die traumatisierten Personen zu retraumatisieren und ihnen damit Schaden zuzufügen. So bestehen beispielsweise auch Vorbehalte gegenüber der Psychotherapie, dass es im Rahmen einer Traumakonfrontation (Traumaexposition/Traumanarrativ) zu einer solchen Retraumatisierung kommen könnte. Wir möchten daher verschiedene Definitionen dieses Begriffs mit Ihnen teilen, um ggf. bestehende Vorbehalte oder Befürchtungen auszuräumen.

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 gleichzusetzen mit einer psychotherapeutisch begleiteten Traumaexposition, wie sie z.B. auch in der TF-KVT eingesetzt wird (siehe Seite 25). Der entscheidende Unterschied ist, dass die Traumaexposition nachweislich hilft, die Symptome einer PTBS langfristig zu lindern und damit Betroffenen zu Erleichterung verhilft.

Was können Sie als Therapeut:in daraus mitnehmen?

Bei den Jugendlichen handelt es sich um eine sehr vulnerable Gruppe und fast alle Jugendlichen haben traumatische Erlebnisse erlebt:

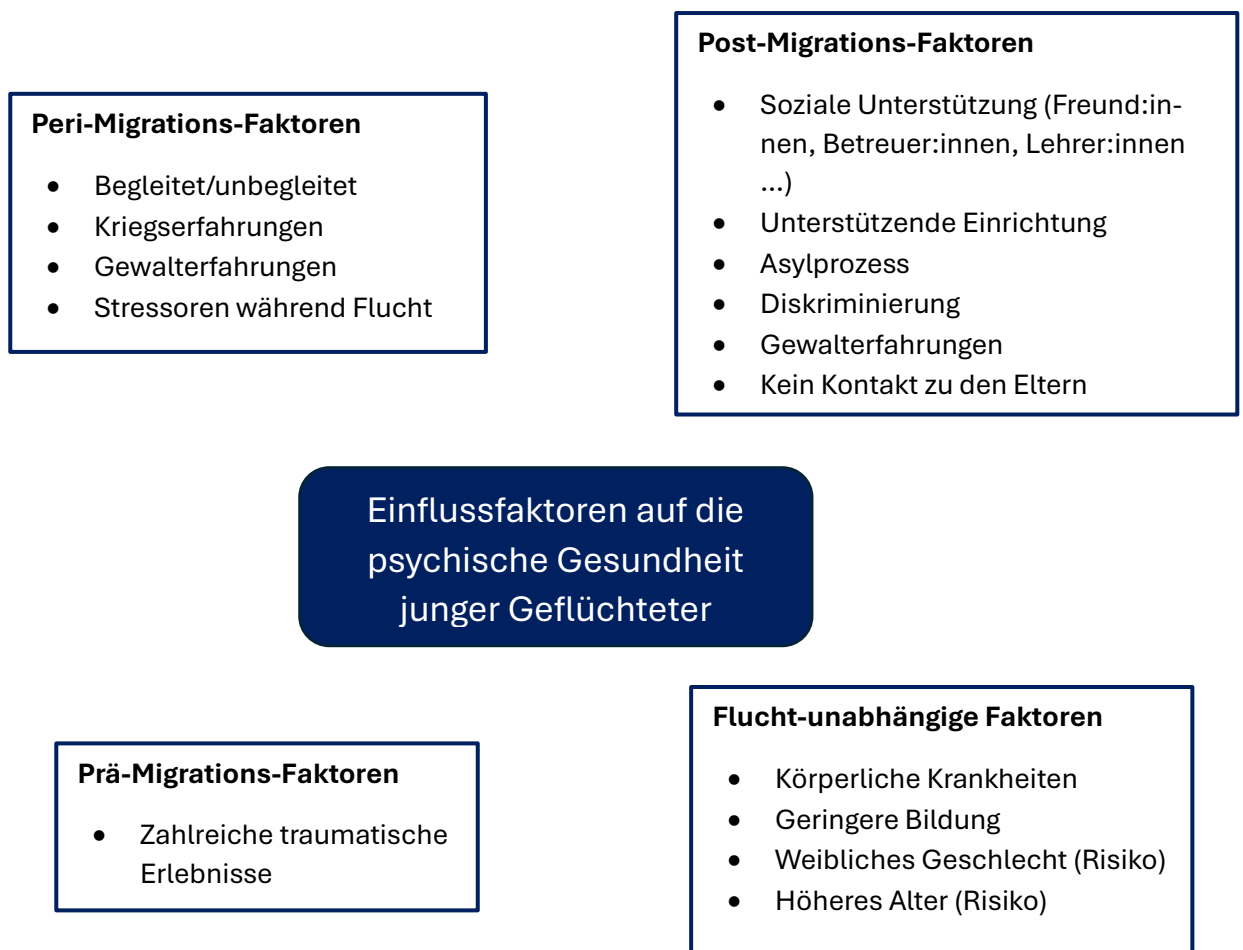
- Dennoch zeigt ein großer Teil eine hohe Widerstandskraft (Resilienz) und ist nicht klinisch auffällig belastet.
- Daher ist es besonders wichtig, die Jugendlichen mit bestehender Belastung zu identifizieren und ihnen angemessene Hilfe zukommen zu lassen. **Fragen Sie daher im Rahmen der Diagnostik immer nach traumatischen Erfahrungen!**
- Der Forschungskontext zeigt, dass Kinder und Jugendliche bei altersentsprechendem und adäquatem Vorgehen durch eine solche Befragung zwar kurzfristig dadurch belastet sind, dies jedoch als lohnend beschreiben (Jaffe et al., 2015).
- Das Wiedererleben und die Gedanken an das traumatische Ereignis sind Teil des Störungsbildes und gehören für Kinder und Jugendliche leider zum Alltag. Nachfragen oder psychologische Diagnostik führt nicht dazu, dass ein solches Erleben entsteht – es wird vielleicht erst in diesem Moment für Sie sichtbar.
- Es ist wichtig Jugendhelfemitarbeiter:innen und Bezugspersonen die Angst zu nehmen, potentiell traumatische Ereignisse anzusprechen. Klären Sie über den Unterschied zwischen Retraumatisierung und Traumaexposition auf.

Was beeinflusst die mentale Gesundheit geflüchteter Jugendlicher?

Auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen mit Fluchthintergrund wirken viele verschiedene Faktoren. Diese Faktoren können vor (prä), während (peri) oder nach (post) der Flucht auftreten.

Abbildung 3

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen mit Fluchthintergrund



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

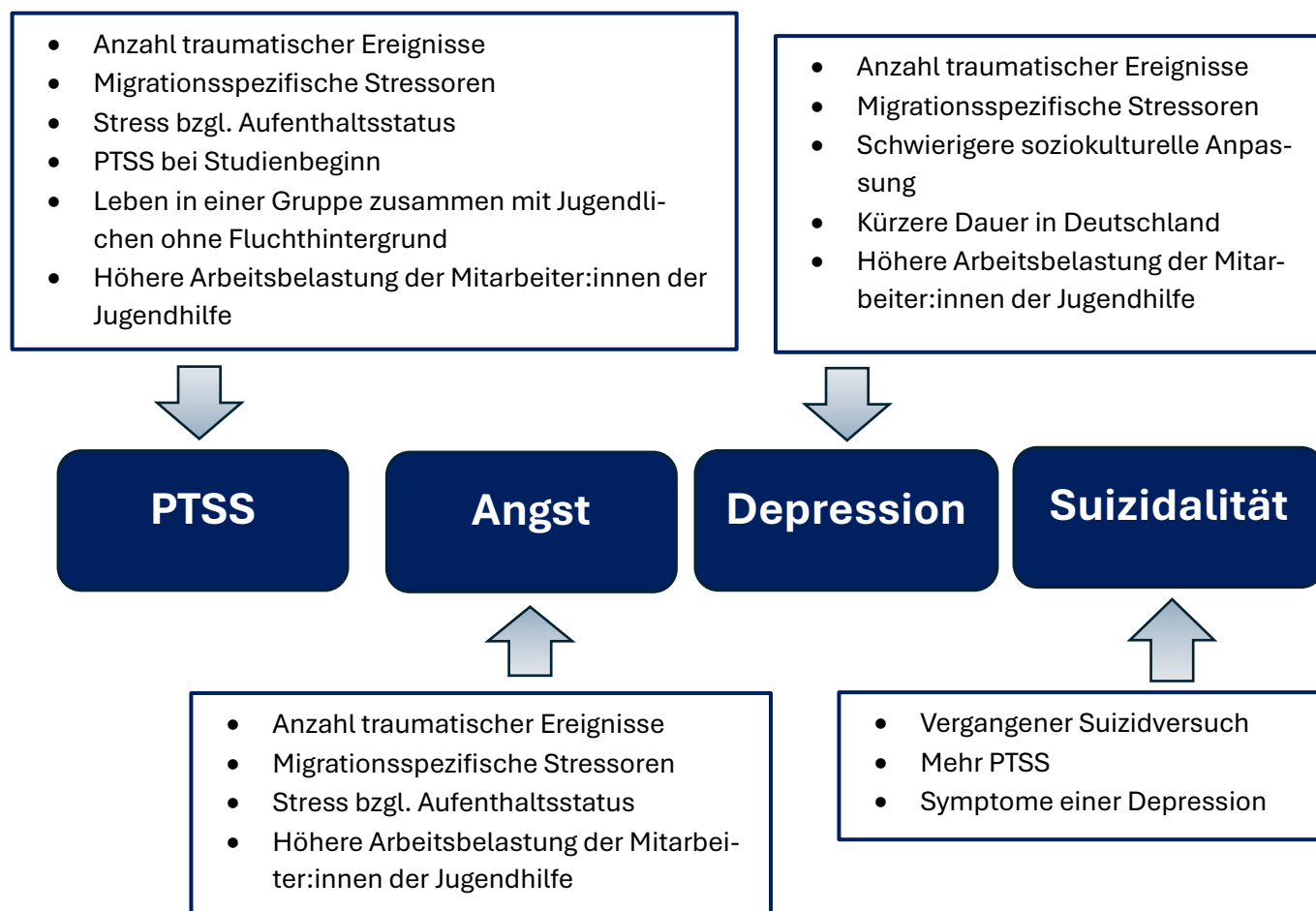
Ergebnisse aus dem Projekt BETTER CARE

Traumafolgen:

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

Abbildung 4

Einflussfaktoren auf Traumafolgen aus den BETTER CARE-Ergebnissen



Anmerkung. PTSS = Posttraumatische Stresssymptomatik.

Lebensqualität der Jugendlichen:

In den Lebensqualitäts-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 traumatische Ereignisse die Lebensqualität der Jugendlichen signifikant. Zusätzlich spielen hierbei auch wieder Postmigrationsstressoren eine entscheidende Rolle.

Akkulturation:

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

- *Integration* beschreibt den Prozess, bei dem die Jugendlichen die Werte und Normen von Deutschland annehmen 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).
- Alltägliche Stressoren, wie z.B. Geldmangel, führten zu einer stärkeren Orientierung hin zum Heimatland.
- Traumatische Ereignisse hingegen führten zu einer geringeren Orientierung in Richtung Heimatland.

- Es gab keine Prädiktoren, die die Orientierung an der Aufnahmegesellschaft beeinflussten.

Belastung der Jugendhelfemitarbeiter:innen:

Im Hinblick auf die professionelle Lebensqualität der teilnehmenden Psychotherapeut:innen und Jugendhelfemitarbeiter:innen konnten wir zeigen, dass *Burnout* und *sekundäre Traumatisierung* unterdurchschnittlich ausgeprägt waren. Sekundäre Traumatisierung entsteht, wenn Menschen durch das Miterleben oder die intensive Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen anderer Personen psychisch belastet werden. Unsere Auswertungen zeigten, dass die Belastung bei den Psychotherapeut:innen etwas geringer ist als bei den Mitarbeiter:innen der Jugendhilfe. Dies kann möglicherweise auf das unterschiedliche Ausmaß des Kontaktes mit den Jugendlichen zurückgeführt werden. Die Mitgefühlszufriedenheit war durchschnittlich bis überdurchschnittlich ausgeprägt.

Unsere Befunde deuten darauf hin, dass Psychotherapeut:innen niedrigere Werte für sekundäre Traumatisierung aufweisen als erwartet. Zudem fördern frühere Erfahrungen von Psychotherapeut:innen in der Arbeit mit Jugendlichen mit Fluchthintergrund die Mitgefühlszufriedenheit. Die Anzahl der behandelten PTBS-Fälle hingegen stellt einen Risikofaktor für sekundären traumatischen Stress dar. Somit ist das *ausschließliche* Behandeln von PTBS-Patient:innen nicht ratsam.

Was können Sie als Therapeut:in daraus mitnehmen?

- Die psychische Gesundheit der Jugendlichen wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Viele davon sind bereits vor oder während der Flucht aufgetreten und können damit im Nachhinein kaum beeinflusst werden. Diesbezüglich können Sie mit den Jugendlichen an der Akzeptanz arbeiten.
- Zudem ist es sinnvoll, mit den Jugendlichen Bewältigungsstrategien für einen Umgang mit den zahlreichen Postmigrationsstressoren (wie bspw. Aufenthaltstitel) zu erarbeiten.
- Auch die Förderung der sozialen Unterstützung durch die Mitarbeiter:innen der Jugendhilfe ist von enormer Bedeutung, es lohnt sich dies bewusst anzusprechen.

Was kann die Jugendhilfe im Alltag leisten?

Screening

Zur (Früh-)Erkennung von PTBS und weiteren Störungen können Sie Jugendhilfemitarbeiter:innen für einen ersten Überblick auf Online-Screening-Tools verweisen. Das Online-Tool PORTA dient der Erfassung von Belastungen bei jungen Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen. Es können sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzung in verschiedenen Sprachen durchgeführt werden. Die Fragebögen werden direkt ausgewertet und die Ergebnisse können heruntergeladen werden.

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

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen können Sie sich gerne über porta.refugees@uniklinik-ulm.de an das PORTA-Team wenden.



Zudem finden Sie die in BETTER CARE eingesetzten Screeninginstrumente in verschiedenen Sprachen auch auf unserer Webseite (siehe weiterführende Ressourcen).

Mein-Weg

Für Jugendliche mit Fluchthintergrund, die eine subklinische Symptomausprägung einer PTBS aufweisen, stehen auch Präventionsangebote zur Verfügung.

„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 25) 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 Teilnehmer:innen und zwei Gruppenleiter:innen. Die „Mein Weg“ Intervention umfasst sechs 90-minütige wöchentliche Sitzungen und zwei optionale Zusatzsitzungen.



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

Ergebnisse aus dem Projekt 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 traumafo-kussierten Konzepten, lernten, über Erlebnisse zu sprechen, **Vermeidungs-verhalten zu überwinden** und Problemlösestrategien zu entwickeln. Die Wissensvermittlung **reduzierte Selbststigmatisierung** und senkte teilweise die Hürde für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung. Ein Angebot di-rekt vor Ort zu haben, bei welchem Sie von bereits bekannten Erwachsenen begleitet wurden, empfanden viele als angenehmer als zu einer fremden Per-son 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.

- ➔ Auch als Therapeut:in können Sie die Materialien der „Mein Weg“ Intervention gut in der Traumatherapie nutzen. Die Grafiken erleichtern häufig die Kommunikation.

Welche Hilfsmöglichkeiten wünschen sich die Jugendlichen im Alltag

Beziehen Sie Jugendhelfemitarbeiter:innen gerne engmaschig in die Behandlung ein, wenn das von den Jugendlichen nicht abgelehnt wird. Die Bezugsbetreuer:innen stellen häufig eine Ressource für die Jugendlichen dar und können helfen Therapieinhalte noch besser in den Alltag zu transferieren.

Informieren Sie die Jugendhelfemitarbeiter:innen darüber, wie sie die Jugendlichen in ihrem Alltag bestmöglich unterstützen zu können. Jugendliche haben auch viele eigene Bewältigungsstrategien, wobei die Jugendhelfemitarbeiter:innen sie unterstützen können. Dies kann beispielsweise sein, Kontakt zu Betreuer:innen und Freund:innen zu suchen, Sport und Bewegung zu machen, zu schlafen, Musik zu hören. Es ist in Ordnung, wenn die Jugendlichen auch einmal ‚allein‘ sein wollen. Dennoch sollten soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten gefördert werden. Es ist wichtig, die Jugendhelfemitarbeiter:innen darauf hinzuweisen, bei subklinischen oder klinisch relevanten Hinweisen auf eine PTBS dies zusätzlich zu einer traumafokussierten Intervention anzubieten. Daher ist es wichtig, die Bezugspersonen auch in die Stabilisierungskomponenten (v.a. Psychoedukation, Entspannung, Affektmodulation) einzubeziehen.

Was können Sie als Therapeut:in daraus mitnehmen?

- Die Früherkennung von Traumafolgen ist bei allen Patient:innen wichtig! Dafür gibt es Screeningtools, die einen Anhalt geben können.
- Es gibt evaluierte und wirksame präventive Ansätze, die auch von Jugendhelfemitarbeiter:innen durchgeführt werden können (bspw. „Mein Weg“).
- Ermutigen Sie Jugendhelfemitarbeiter:innen, Bewältigungsstrategien wie Sport, soziale Kontakte und Entspannung unabhängig von PTBS-Symptomen zu fördern.
- Informieren Sie Jugendhelfemitarbeiter:innen über den Umgang mit Dissoziation. Es ist wichtig, subtile Anzeichen zu erkennen und Strategien zum Umgang mit Dissoziation in der Therapie zu besprechen und einzuüben.

Nehmen geflüchtete Jugendliche überhaupt Psychotherapie in Anspruch?

Wie können sie therapeutisch angebunden werden?

Trotz des hohen Bedarfs ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch junge unbegleitete Geflüchtete gering (Bean et al., 2006). Zudem haben sie 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 bestehen.

Wir haben Psychotherapeut:innen, Supervisor:innen, Jugendhelfemitarbeiter:innen und Projektmitarbeiter:innen gefragt:

	Barrieren	Ideen zum Umgang damit
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 ist 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 (Dolmetscher:innen, Fahrtkosten) ▪ Lange Fahrtzeiten und -wege ▪ Außerhalb des BETTER CARE Projekts: Kontakt zu Psychotherapeut:innen und lange Wartelisten ▪ Finanzierung der Psychotherapie	▪ Greifen Sie auf die durch BETTER CARE entstandenen Kontakte zurück! ▪ Geben Sie die Liste in TF-KVT geschulter Psychotherapeut:innen weiter (siehe weiterführende Ressourcen) ▪ Über die Suche der DeGPT kann man darüber hinaus spezifizierte Traumatherapeut:innen finden (siehe weiterführende Ressourcen) ▪ Leitfaden zur Beantragung der Finanzierung von Psychotherapie (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 Jugendlichen über Psychotherapie und psychische Gesundheit (Informationsblatt Psychotherapie, Kurzfilme des Max-Planck-Instituts; 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, Refugeio; siehe weiterführende Ressourcen)
- Flexibilität und Kreativität
- Transparenz und Klarheit
- Traumapädagogik und allgemeiner Wissensaufbau
- Standards etablieren
- Vernetzung und Kooperationsvereinbarungen treffen
- Arbeitskreise gründen, Intervention und Supervision

Alle als „siehe weiterführende Ressourcen“ aufgeführten Materialien und Links finden Sie auf dieser Website:



Ergebnisse aus dem Projekt BETTER CARE

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 Psychotherapie in Anspruch genommen.**

Das Konzept der Psychotherapie ist vielen Jugendlichen mit Fluchthintergrund fremd und löst immer wieder Misstrauen aus. Stattdessen greifen die Jugendlichen eigenständig auf eine Vielzahl von Bewältigungsstrategien zurück. Aktivitätsbasierte Interventionen stoßen oftmals auf mehr Offenheit. Aus den Interviews wurde deutlich, dass eine sichere Aufenthaltsperspektive und ein transparenter Asylprozess die Bereitschaft der Jugendlichen erhöht, Hilfsangebote anzunehmen.

In einer weiterführenden Interviewstudie wurden die Jugendlichen, die Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, zu ihren Erwartungen an die Psychotherapie befragt. Viele beschrieben einen enormen Leidensdruck vor Beginn der Psychotherapie. Häufig war es jedoch die Unterstützung von außen, insbesondere durch Betreuer:innen, die sie motivierte eine Psychotherapie zu beginnen. Darüber hinaus veranlassten Einsamkeit und der Mangel an Gesprächspartner:innen die Jugendlichen oft dazu, die Psychotherapie auszuprobieren, auch wenn sie nicht genau wussten, was sie erwartete. Vor Beginn der Psychotherapie hatten die meisten positive Erwartungen und eine Hoffnung auf Besserung.

Was können Sie als Therapeut:in daraus mitnehmen?

- Bauen Sie Unsicherheiten (z. B. bezüglich Aufenthaltstitel und Stigmatisierung) durch Aufklärung ab. Gerade bei jungen Geflüchteten ist neben der störungsspezifischen Psychoedukation auch Psychoedukation zur Psychotherapie und der Rolle von Psychotherapeut:innen erforderlich. Materialien dazu finden Sie am Ende dieser Handreichung.
- Holen Sie die Bezugsbetreuer:innen ins Boot: ihre Motivationen und Unterstützung, erhöht auch die Bereitschaft der Jugendlichen Psychotherapie zu machen.
- Holen Sie sich Unterstützung bezüglich des Einsatzes von Dolmetscher:innen oder Finanzierungsmöglichkeiten, ggf. können auch Mitarbeiter:innen aus den Jugendhilfeeinrichtungen unterstützen.
- Psychotherapie mit unbegleiteten jungen Geflüchteten verlangt Flexibilität auf allen Seiten, kann aber gleichzeitig sehr berührend sein!

Was macht traumafokussierte Psychotherapie für geflüchtete Jugendliche wirkungsvoll?

Recap: Traumafokussierte Psychotherapie

Evidenzbasierte Traumatherapien (z.B. TF-KVT, EMDR, Narrative Expositionstherapie oder Prolonged Exposure Therapy) sind für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen wirksam. Die **traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)** nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2006) ist nach ersten Studien mit Geflüchteten (Patel et al., 2024; Unterhitzenberger et al., 2019) auch für diese besondere Stichprobe wirksam.

Auf unserer online Lernplattform <https://tfkvt.ku.de/> finden Sie eine detaillierte Übersicht aller Therapieinhalte und zugehörige Therapiematerialien. Das therapeutische Vorgehen in den **PRACTICE**-Komponenten (Psychoeducation, Parenting, Relaxation, Affective Expression and Modulation, Cognitive Processing, Trauma Narrative, In-vivo Bewältigung, Conjoint Sessions, Enhancing Safety) wird genau beschrieben.



Wiederkehrende Fragen im Rahmen von traumafokussierter Psychotherapie mit Jugendlichen mit Fluchthintergrund

Im Rahmen unserer Summerschool 2024 stellte Prof. Dr. Elisa Pfeiffer, Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der KU Eichstätt-Ingolstadt, dar, dass es unter therapeutischen Fachkräften teilweise Bedenken und Vorbehalte gegenüber evidenzbasierten Traumatherapien gibt. Diese Bedenken, wie hohe Drop-out-Raten,

Non-Response (noch klinische auffällige Fragebogen-Werte am Ende der Behandlung/erfüllen noch die Diagnosekriterien) oder fehlende Evidenz für diverse Gruppen, können jedoch durch aktuelle Forschung und gezielte Anpassungen entkräftet werden. Meta-Analysen belegen etwa, dass die **Abbruchraten bei traumafokussierten Interventionen viel niedriger als in allgemeiner ambulanter Psychotherapie** sind (Lewis et al., 2020). Zudem sind **nur circa 25% der Patient:innen Non-Responder**, d.h. Patient:innen, die keine Verbesserung zeigen. Prädiktoren für Non-Responder sind weibliches Geschlecht und eine hohe Traumabelastung (Knutsen et al., 2020). Für die TF-KVT speziell gibt es auch für **diverse Gruppen**, wie z.B. LGBTQ-Jugendliche, **angepasste Implementationsmanuale auf Englisch** (<https://tfcbt.org/resources/implementation/>).



Dr. Veronica Kirsch, die als Psychotherapeutin und Supervisorin für TF-KVT tätig ist, betonte in Ihrem Vortrag zu wiederkehrenden Themen in der Supervision, wie wichtig **Mut** für Sie als Psychotherapeut:innen in der TF-KVT ist. Sie nehmen eine Vorbildrolle ein und sind für den Start und das Fortschreiten der Psychotherapie von immenser Bedeutung. Achten Sie dabei auch immer auf genügend **Selbstfürsorge** (z.B. <https://www.beltz.de/fachmedien/psychologie/produkte/details/42852-selbstfuersorge-fuer-therapeuten-und-berater.html>). Des Weiteren lieferte Sie Anregungen zu einigen der wiederkehrenden Themen, die Sie der folgenden Grafik entnehmen können:



Abbildung 5

Wiederkehrende Themen in der Supervision von Traumatherapien

(nach Dr. Veronica Kirsch, 2024)

Ist genug Stabilität und Sicherheit gegeben?

- Wie viel ist erreichbar und notwendig?
Was ist die Alternative? → entspricht oft dem Alltag der Patienten
- Fokus auf: Transparenz & Offenheit, Commitment Patient:innen und Bezugspersonen
- Üben: Sicherheitsstrategien, Elternfertigkeiten, Diskriminationstraining

Wie kann ich starten und vorangehen?

- COW (crisis of the week) ⇔ Vermeidungsverhalten
- Wie viel Druck ist zu viel?
- Ist das Vorgehen/Abweichen gut für den Patienten mittel-/langfristig oder gut für mich/den Patienten kurzfristig?

Warum sollten Bezugspersonen einbezogen werden?

- Chance für Verständnis und Offenheit
- Unterstützung Ambivalenz zulassen
- Verringerung von Drop-out
- Höhere Symptomreduktion

Wie gehe ich mit fehlender
Besserung um?

- Vielleicht zu früh, um zu beurteilen
 - Bezugspersonen (mehr) einbeziehen
 - Kognitive Umstrukturierung, v.a. bzgl. Kognitionen, die mit Scham und Schuld einhergehen
 - relevantes traumatisches Ereignis oder eigene Täterschaft doch noch nicht benannt?
 - Traumatische Trauer oder traumatischen Verlust übersehen → Trauer Komponente durchführen (Vorgehen siehe TF-KVT Web: <https://tfkvt.ku.de/programm/uebersicht>)
 - Höhere Symptomreduktion
- JUST DO IT!**
- Schrittweises testen alleine/mit Patient:in
 - Ich-Botschaften, Rollenspiele
 - v.a. bei Psychoedukation, PRAC-Komponenten, Förderung von Kommunikation, Reduktion von Scham und Schuld, zukünftige Entwicklung



Wie gehe ich mit (traumab-
ezogenem) sexualisiertem
Verhalten um?

- Psychoedukation (gesunde/normale Sexualität, Körper, Grenzsetzung, Erklärungsmodelle z.B. Reinszenierung)
- Sicherheitsstrategien auch Online
- Elternfertigkeiten v.a. auch Medien
- Alternative Verstärkungen
- Affektmodulation (Selbstkontrollstrategien auch über kognitive Triade)

Wie gehe ich mit einer eigenen Täterschaft des:r Patient:in um?

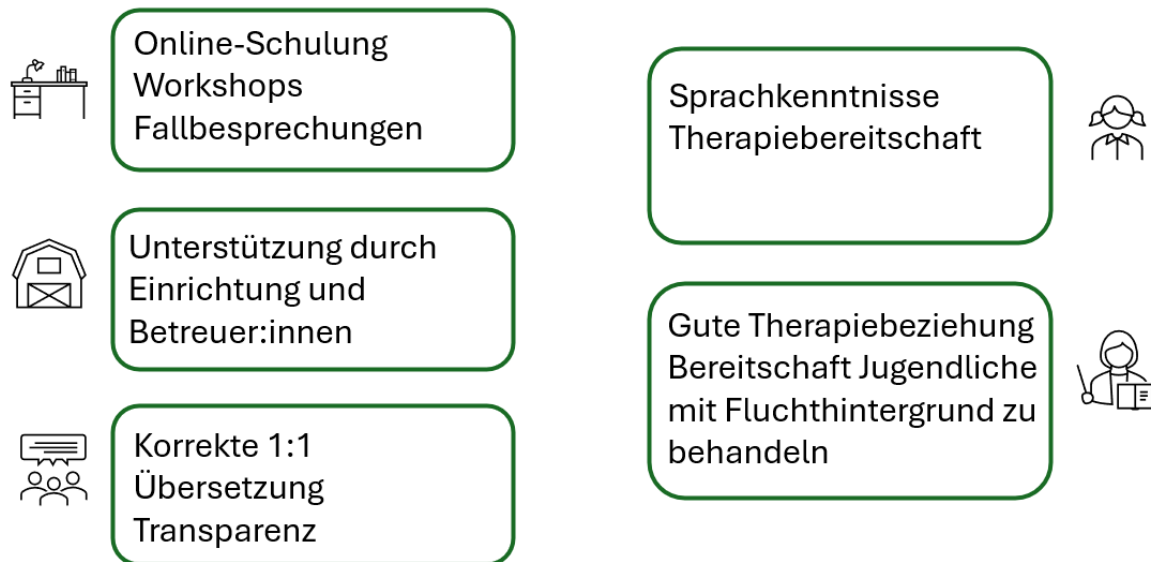
- Weitere Eskalation traumabezogenen sexualisierten Verhaltens
- Massiv schuld- und schambesetzt, massive Reaktionen Umfeld, ggf. Anzeige-Polizeikontrakt
- Einordnen: Reinszenierung, Unwissen über Inadäquatheit, Verstehen wollen (Täter, Opfer Seite), Wieder gut machen

Wie kann traumafokussierte Psychotherapie mit Jugendlichen mit Fluchthintergrund aus der Sicht von Therapeut:innen gelingen?

Im Rahmen von BETTER CARE haben wir auch Interviews mit den im Projekt behandelnden Psychotherapeut:innen geführt. Dabei wurden unter anderem folgende förderlichen Faktoren genannt:

Abbildung 6

Übersicht über förderliche Faktoren in der Behandlung von Jugendlichen mit Fluchthintergrund



Es ist interessant, die Antworten von Therapeut:innen zu vergleichen, die Jugendliche behandelten, die die TF-KVT vollständig abschlossen, und Therapeut:innen, deren Patient:innen die TF-KVT abgebrochen haben. Dabei zeigte sich, dass Therapeut:innen mit Therapieabschlüssen mehr von den Angeboten von BETTER CARE profitierten. Dazu gehörten zum Beispiel Fallbesprechungen, finanzierte Dolmetscher:innen, Arbeitsblätter oder Videos. Außerdem hatten sie eine engere Beziehung zu den Patient:innen und die Dolmetscher:innen hatten eine engere Beziehung mit den Patient:innen.

Im Gegensatz dazu zogen Therapeut:innen, deren Patient:innen die TF-KVT abgebrochen haben, weniger Nutzen aus den Projektressourcen. Sie nannten häufiger strukturelle Herausforderungen wie zum Beispiel, dass es keine primär verantwortliche Betreuungsperson gab, die Praxis weit weg von der Jugendhilfeeinrichtung war und die Patient:innen komorbid eine Trauersymptomatik zeigten.

Auch hier wird deutlich, dass den Betreuer:innen eine wichtige Rolle zukommt. Der Therapieerfolg der Jugendlichen hängt wesentlich davon ab inwieweit Betreuer:innen:

- die Therapie als wichtig erachten und dies den Jugendlichen vermitteln,
- aktive Unterstützung durch Begleitung zu den Therapiesitzungen und im Alltag anbieten,
- eng mit Ihnen als behandelnde Psychotherapeut:innen zusammenarbeiten und Informationen austauschen,
- über fundiertes Wissen über PTBS und Psychotherapie verfügen,
- den Weg zu den Therapiesitzungen ermöglichen.

Was können Sie als Therapeut:in daraus mitnehmen?

- TF-KVT ist eine evidenzbasierte Psychotherapie mit nachgewiesener Wirksamkeit für Geflüchtete, Vorbehalte wie hohe Drop-out-Raten oder Non-Response konnten in Studien widerlegt werden.
- Nutzen Sie alle Ressourcen, die Ihnen zur Verfügung stehen (TF-KVT Manual, Therapievideos und Arbeitsblätter, Fallbesprechungen). Ansprechpersonen für Fallbesprechungen mit TF-KVT Trainer:innen und Materialien finden Sie über <https://tfkvt.ku.de/>
- Haben Sie Mut Dolmetscher:innen in die Psychotherapie einzubeziehen, auch sie können eine wichtige Ressource sein.
- Informieren Sie die Betreuer:innen über ihre Relevanz für den Therapieerfolg. Tauschen Sie sich mit ihnen aus und binden Sie sie ein (sofern die Patient:innen dies nicht ablehnen).
- Wenn Sie eine komorbide Trauersymptomatik feststellen, nehmen Sie zusätzliche Trauer-Module (<https://tfkvt.ku.de/>) in die TF-KVT auf.

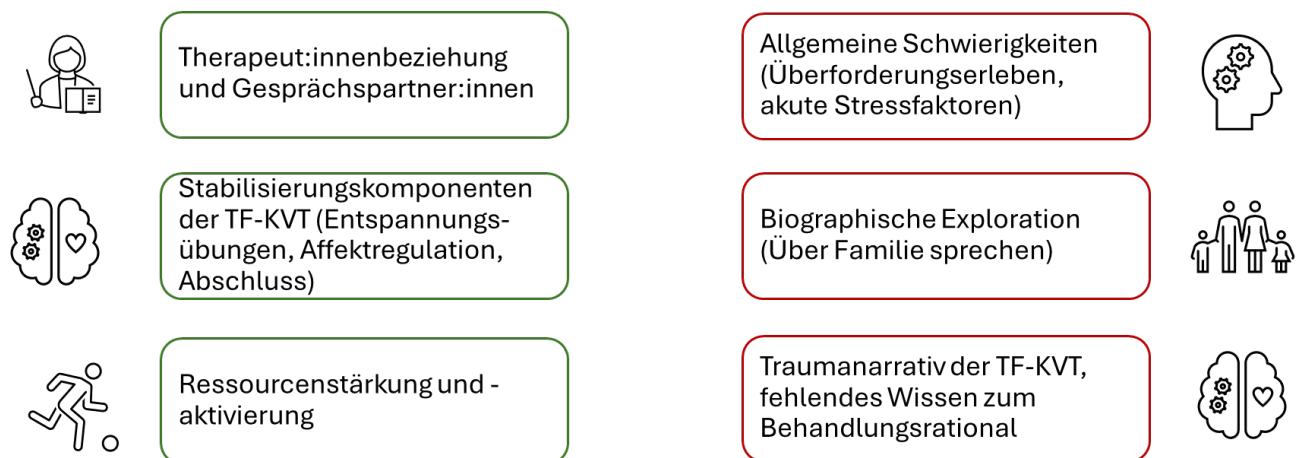


Wie sind die Erfahrungen der Jugendlichen mit der traumafokussierten Psychotherapie?

In einem partizipativen Prozess ist es entscheidend, die Sicht aller Beteiligten, v.a. die der Betroffenen, zu erfassen. Wir haben Interviews mit den Jugendlichen im Projekt zu Ihren Erfahrungen in der Psychotherapie geführt. Die Jugendlichen beschreiben viele Schwierigkeiten während der Psychotherapie, aber auch förderliche Faktoren und positive Komponenten. Folgende Faktoren wurden genannt:

Abbildung 7

Übersicht der förderlichen und hinderlichen Faktoren aus Sicht der Jugendlichen



Einer der wichtigsten Punkte ist, dass die Jugendlichen von einer Besserung berichten, aber dennoch die Schwierigkeiten und die Symptomverstärkung während des Traumanarrativs stark betonen. Die Psychotherapie und vor allem das Traumanarrativ wurden als belastend beschrieben. Es gibt auch zahlreiche Vermeidungstendenzen, die deutlich machen, dass das Behand-

lungsrational nicht vollumfänglich bekannt war. Individuelle Postmigrationsfaktoren, wie z.B. Einsamkeit, können die Psychotherapie darüber hinaus beeinträchtigen. Stabilisierende Elemente, aktivitätsbasierte Interventionen und die Beziehung zu Ihnen als Therapeut:innen sind förderliche Faktoren.

Was können Sie als Therapeut:in daraus mitnehmen?

- Ein Anstieg der Symptome im Rahmen des Erstellens des Traumanarrativs ist normal und tritt bei vielen Patient:innen auf. Es ist belegt, dass der Traumafokus zur Verarbeitung der traumatischen Ereignisse notwendig ist (Cohen et al., 2009).
- Die Jugendlichen nehmen die Stabilisierungskomponenten sehr gut an. Es ist wichtig, sie zu ermutigen, diese laufend zu üben und anzuwenden. Beziehen Sie die Bezugspersonen mit ein, damit diese die Jugendlichen auch zu Hause beim Üben der Techniken unterstützen.
- Die Jugendlichen erleben Besserung, sehen aber den Zusammenhang mit dem Traumanarrativ nicht. Für das Gelingen der Therapie ist es zentral, dass sie **das Rational der Traumakonfrontation verstanden haben**. Nehmen Sie sich, auch im laufenden Therapieprozess, Zeit aufzuklären. Versichern Sie sich auch, dass die Jugendlichen das Gesagte wirklich verstanden haben. Nutzen Sie dafür auch kultursensitive und spracharme Materialien, wie z.B. Bilder, Illustrationen oder bekannte Metaphern (z.B. Schrankmetapher).
- Die Beziehung zu Ihnen ist den Jugendlichen besonders wichtig. Sie vertrauen Ihnen und fühlen sich verstanden. Das hilft ihnen vor allem gegen ihre Einsamkeit!

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

Eine Sprachbarriere wird oftmals als Barriere für den Start einer Psychotherapie gesehen. Professionelle Dolmetscher:innen, die idealerweise für das psychotherapeutische Setting geschult wurden, können den Jugendlichen dabei helfen, dennoch eine Psychotherapie zu machen. Studien zeigen, dass eine **Psychotherapie mit Dolmetscher:in genauso effektiv ist, wie eine Therapie ohne dolmetschende Personen** (Brune et al., 2011).

Die Therapie zu dritt bringt allerdings einige Herausforderungen mit sich. Um diesen Herausforderungen bestmöglich entgegenzuwirken, haben wir 129 Dolmetscher:innen im Rahmen von BETTER CARE in einem Nachmittagsworkshop geschult. Die Inhalte dieser Schulung, die von Themen wie Schweigepflicht über PTBS und der Vorstellung der einzelnen TF-KVT Module reichten, sollten die Dolmetscher:innen 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 nicht nur sehr zufrieden** waren, sondern tatsächlich **Wissen erworben** haben und ihre **Einstellung zugunsten einer guten Zusammenarbeit mit den Psychotherapeut:innen und in der Psychotherapie verbessert** hatten (Müller et al., 2023). Diese Einstellungsänderung blieb über den Follow Up Zeitraum von einem Jahr stabil. In Bezug auf das trauma- und psychotherapiespezifische Wissen, wären aus unserer Sicht Supervisionen für Dolmetscher:innen sinnvoll, um den Wissenserwerb zu erhalten. Entsprechende Strukturen hierfür fehlen jedoch.

Die Interviews, die wir im Rahmen von BETTER CARE mit den Psychotherapeut:innen geführt haben, zeigten, dass die Verfügbarkeit von Dolmetscher:innen ein förderlicher Faktor für eine erfolgreiche Psychotherapie war. Besonders wichtig war hierbei, dass die Dolmetscher:innen wortwörtlich und transparent übersetzten. Neben der bloßen sprachlichen Übersetzungen können Dolmetscher:innen auch hilfreich sein, die Kultur zu „übersetzen“ und als soziales Bindungsglied den Einstieg und das Vertrauen in die Therapie zu erleichtern.

Natürlich ist es nicht immer möglich eine:n für die Psychotherapie geschulte:n Dolmetscher:in hinzuzuziehen. Wichtig ist dennoch darauf zu achten, dass neben den sprachlichen und kulturellen Kompetenzen, die Dolmetscher:innen ein tiefes Verständnis für die Bedeutung von **Vertraulichkeit** und **Empathie** in der Psychotherapie mitbringen. Darüber hinaus können auch **Gemeindedolmetscher:innen-Pools**, die in vielen Städten von sozialen Einrichtungen organisiert werden oder **Online-Dolmetscherdienste** als flexible Alternative benutzt werden. Beim Einsatz von digitalen Übersetzungstools, wie beispielsweise „Google Translate“, ist aufgrund von Datenschutzproblemen Vorsicht geboten.

Weiterführende Ressourcen

Für Ihre zukünftige Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, sowohl mit als auch ohne Fluchthintergrund, finden Sie auf dieser Webseite alle in der Handreichung unter „Weiterführende Ressourcen“ aufgeführten Materialien und Links.



Literaturverzeichnis

- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0046-2>
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., 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), 144–151. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.537821>
- Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Publications.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E., & Berliner, L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 223–244). The Guilford Press.
- Comtesse, H., Edelhoff, H., Rosner, R., & Lechner-Meichsner, F. (2024). Cluster analysis of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression symptoms in bereaved asylum seekers and refugees. *European Journal of Psychotraumatology*. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2383525>
- Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105865>
- 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. *The Lancet*, 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, E., 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>

- Jaffe, A., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalas, M., & Dykstra, R. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Knutsen, M., Sachser, C., Holt, T., Goldbeck, L., & Jensen, T. (2020). Trajectories and possible predictors of treatment outcome for youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 336–346.
- Kokou-Kpolou, C. K., Moukouta, C. S., Masson, J., Bernoussi, A., Cénat, J. M., & Bacqué, M.-F. (2020). Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *Journal of Affective Disorders*, 267, 171–184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.026>
- Lewis, C., Roberts, N., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633.
- Liddell, B. J., Batch, N., Hellyer, S., Bulnes-Diez, M., Kamte, A., Klassen, C., Wong, J., Byrow, Y., & Nickerson, A. (2022). Understanding the effects of being separated from family on refugees in Australia: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 46(5), 647–653. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13232>
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage). 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., Büter, K., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, Article 8. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>
- 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*. <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*, 10(6). <https://doi.org/10.3390/children10060941>
- 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). Hogrefe.
- 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). Maternal support and caregiver-child symptom concordance among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 398–408. <https://doi.org/10.1002/jts.22751>

Notizen

Notizen

„Weil ich hatte sehr große Schmerzen, wenn ich Schmerzen hatte und ich einem Freund davon erzählte, habe ich wirklich sehr geweint. Als ich zur Therapeutin gegangen bin und diese Sachen ihr viel erzählt habe. Ein bisschen habe ich Ruhe verspürt, mit ein bisschen mehr Selbstvertrauen oder zum Beispiel ich kann ruhig über mein Leben, meine Familie, über mich erzählen.

Das war sehr beruhigend“

- 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/>