

# Psychische Störungen

bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen:

Implikationen für die Versorgung

Dr. Michael Odenwald, Dipl.-Psych., PP (VT)

Geschäftsführer Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre

## GEFLÜCHTETE WELTWEIT

- Die Zahl der Geflüchteten war noch nie so hoch wie heute (UNHCR, 2024) -

## PSYCHISCHE BELASTUNG

- Geflüchtete sind eine besonders vulnerable Zielgruppe -



Erhöhte Prävalenzen für psychische Störungen, v.a. Depression und PTBS

## UNZUREICHENDES VERSORGUNGSSYSTEM: Mental Health Treatment Gap

Zugangsbarrieren bei

- Erkennen
- Suche
- Inanspruchnahme von Behandlungsbedarf / Behandlung

Weiterentwicklung der Versorgung

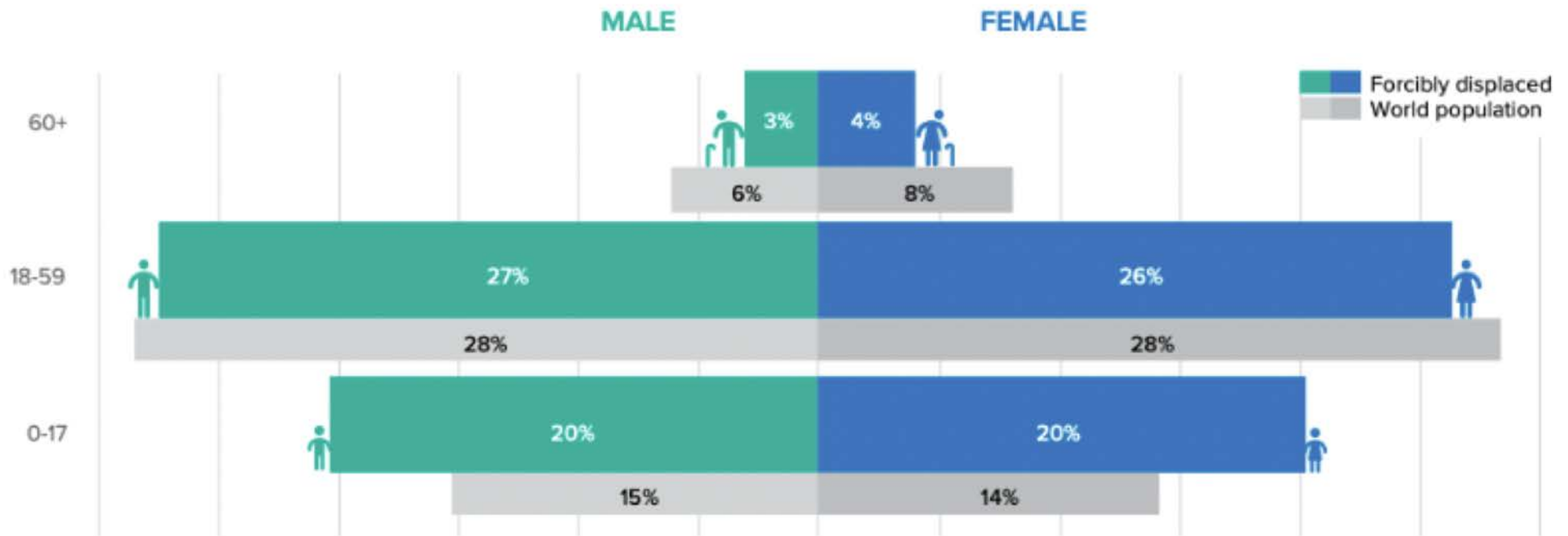
- Task Sharing
- Collaborative Care
- Stepped Care

Beispiel international: WHO mhGAP  
Beispiel Deutschland: LK Konstanz

# UNHCR Global Trends 2023:

UNHCR Global Trends Report, 2024

Children account for 30 per cent of the world's population, but 40 per cent of all forcibly displaced people.\*



DISCLAIMER: figures do not add up to 100 per cent due to rounding.

UNHCR Global Trends Report, 2024

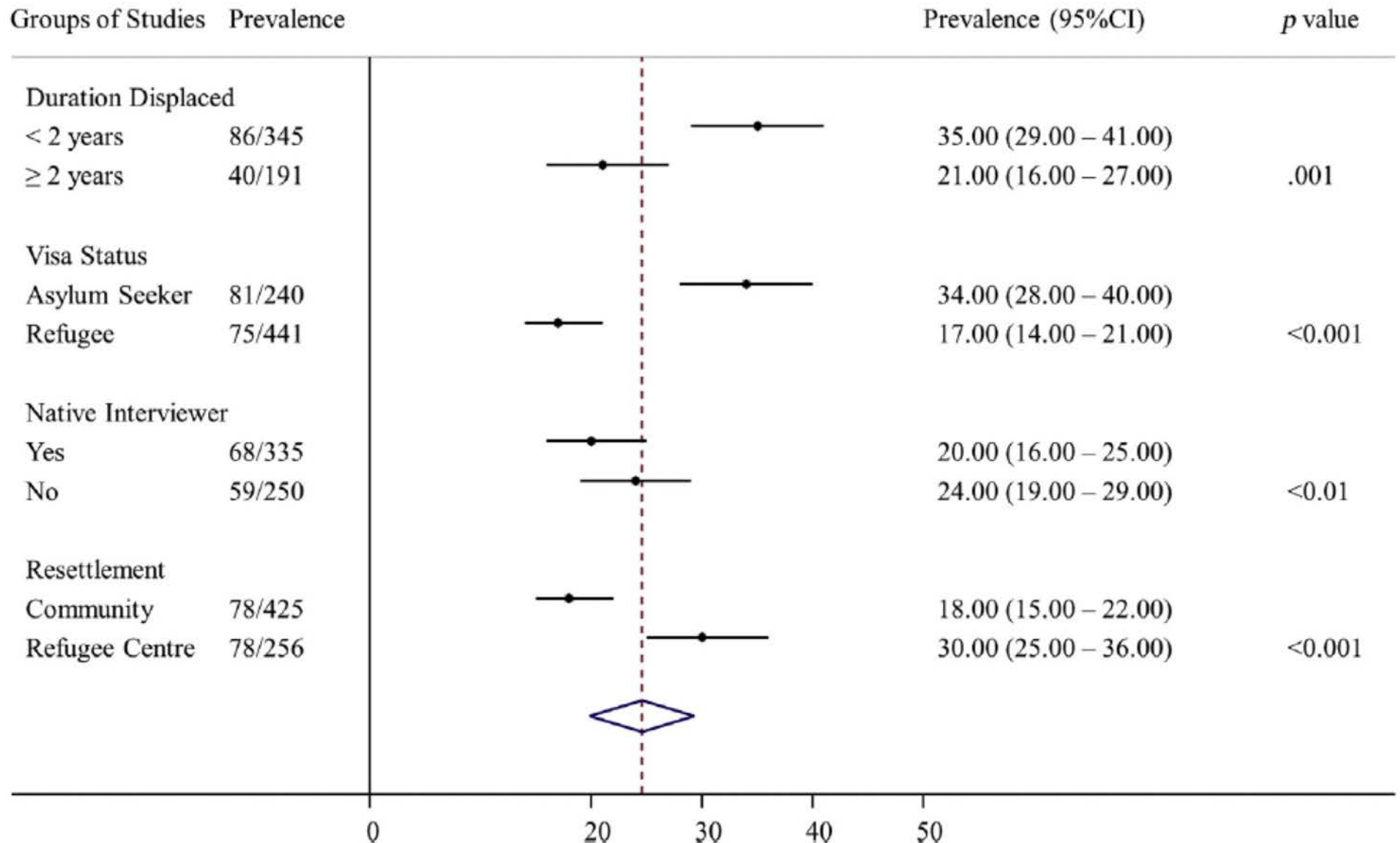


# Psychische Störungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen

	<b>Kien et al., 2019</b>	<b>Bramford et al. 2021; Daniel-Calveras et al., 2021</b>	<b>Blackmore et al., 2020</b>	<b>Alisic et al., 2014, Polanczyk et al., 2015</b>
Studien	47 Studien aus Europa Hohe Heterogenität Variable Qualität	Vergleich von unbegleiteten und begleiteten Kindern & Jugendlichen	8 Studien Hohe Heterogenität Mittelere und hohe Qualität	Repräsentative Studien nichtgefluchteter Kinder / Jugendlicher  Gesamtprävalenz aller psychischen Störungen 13,4%
Teilnehmer*innen	N = 24.786 2 – 23 Jahre Unbegleitet u. begleitet		N = 779 M = 12 – 13 Jahre Flüchtlingsstatus oder im Asylverf. Unbegleitet u. begleitet	
Methodik	Selbstbericht und Interview v.a. Convenience Interquartile Range		Expert Interview Studien mit N > 50 Repräsentativität Gewichtete Punktschätzung (CI95%)	
PTSD	19,0 – 52,7%	unbegl. > begl.	22,7% (12,8 – 32,6)	15,9% (nur Trauma exponiert)
Depression	10,3 – 32,8%	unbegl. > begl.	13,8% (6,0 – 21,7)	2,6%
Anxiety Disorders	8,7 – 31,6%	unbegl. > begl.	15,8% (8,0 – 23,5)	6,5%
Emotional/ be- havioral probl.	19,8 – 35,0%	unbegl. > begl.	-	-
Suicidal idea- tion & behav.	0,7 – 9,3%	-	-	-
ADHD	-	-	8,6% (1,1 – 16,1)	3,4%
ODD	-	-	1,7% (0,8 – 4,2)	1,6%

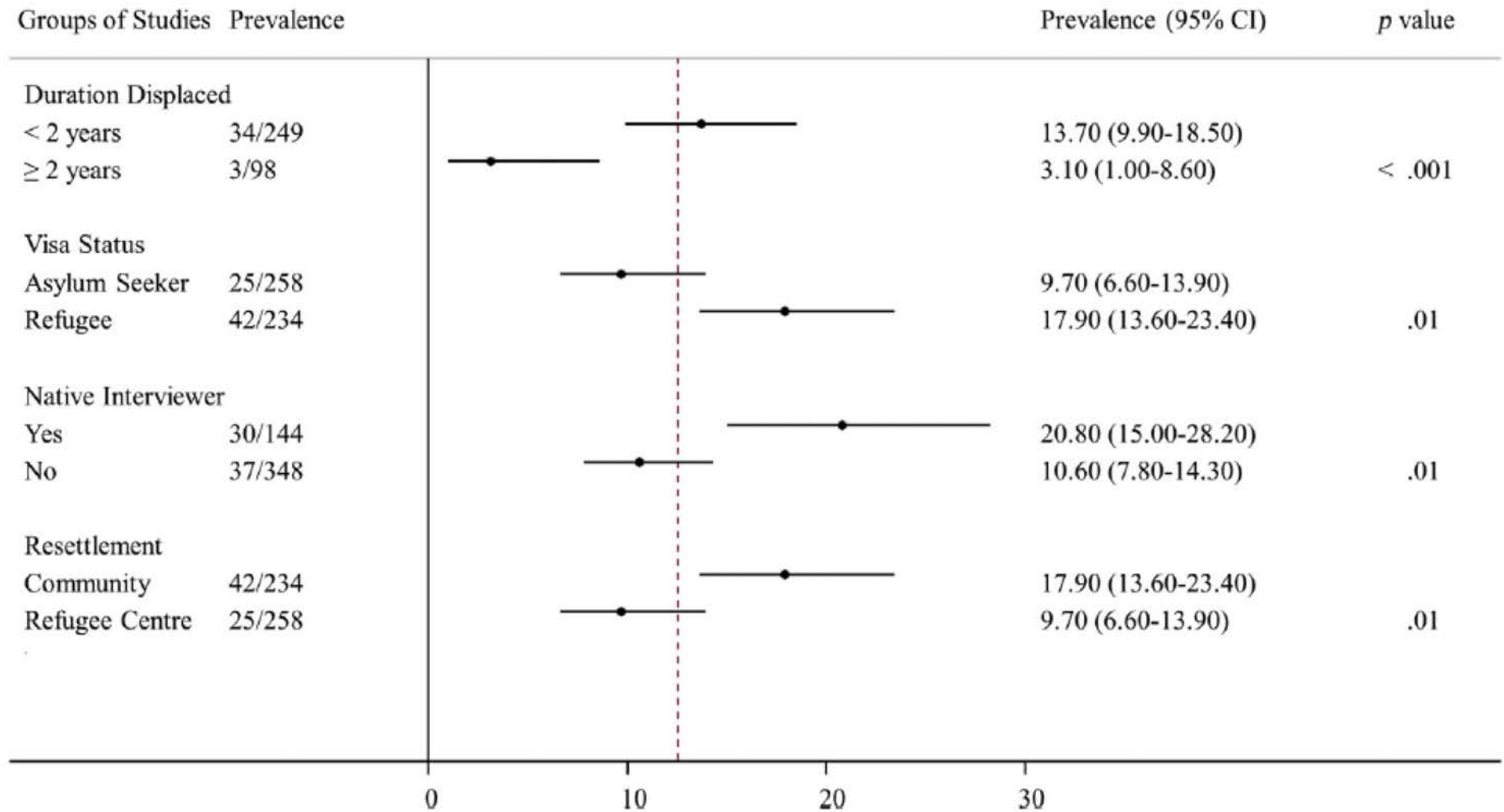
# PTBS-Subgruppenanalyse aus Blackmore et al., 2020

## Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder by Various Study Characteristics



# Depression-Subgruppenanalyse aus Blackmore et al., 2020

## Prevalence of Depression by Various Study Characteristics



# Symptomverlauf nach Ankunft in Norwegen

(Jensen et al., 2022)

N = 95

T1: 6 months

T2: 2 Jahre

T3: 5 Jahre

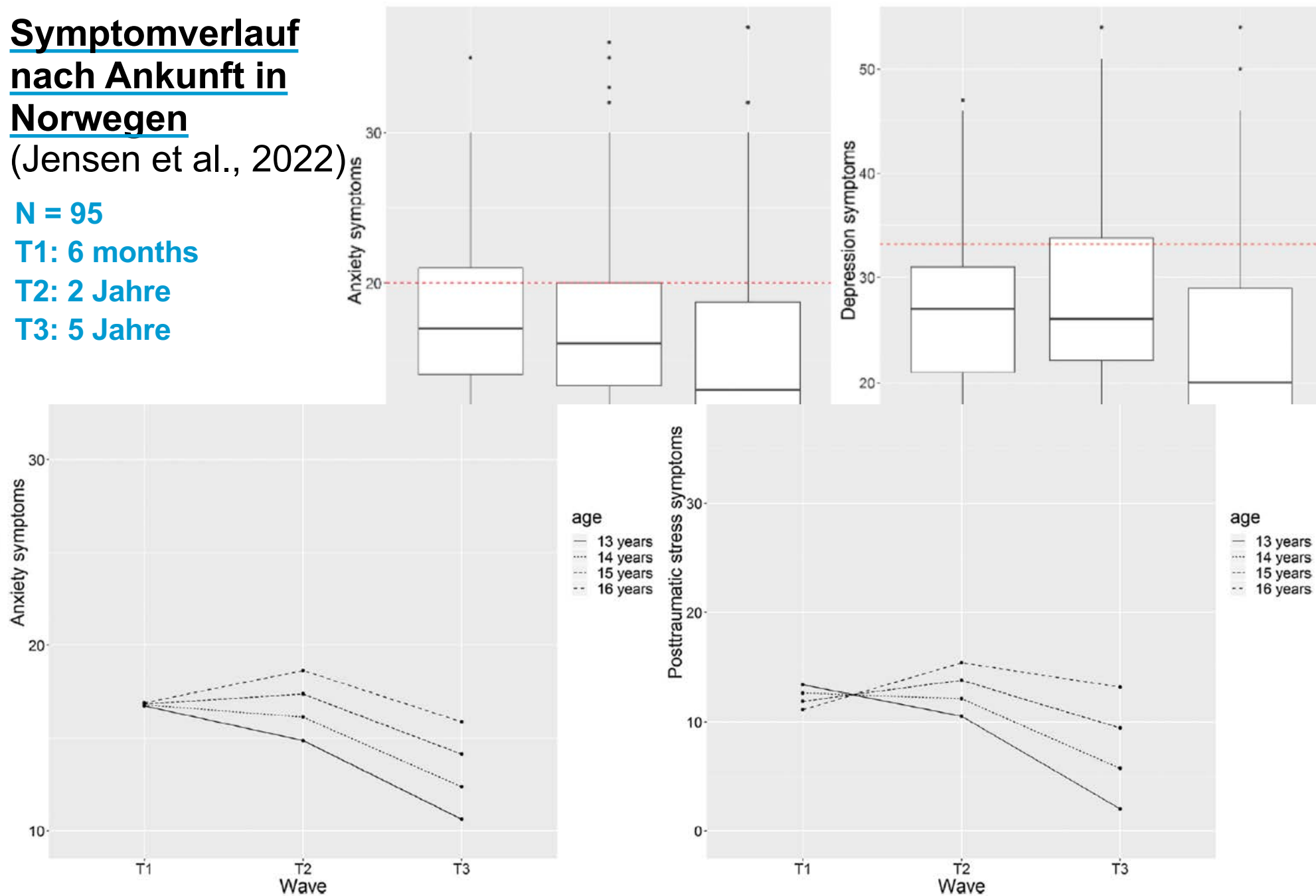


Fig. 2 Estimated courses of anxiety (left panel) and posttraumatic stress symptoms (right panel) by age

wave

wave

# Risk and protective factors

(Scharpf, Kaltenbach, Nickerson & Hecker, 2021)

**Narrativer Review von 63 Studien mit > 22.000 geflüchteten Kindern & Jugendlichen  
In HIC und LMIC  
Quer- und längsschnittlich**

Individual	Family	Community	Society/culture	Zeit
Exposure to war-related traumatic events (risk) <sup>22 (25)</sup> Being female (risk for internalizing symptoms and PTSD) <sup>14 (21)</sup> Being male (risk for externalizing symptoms) <sup>3 (3)</sup> Longer period of schooling (protective) <sup>6</sup>	Loss of a parent (risk) <sup>2</sup>			Prä
Length of current stay in a refugee camp (risk) <sup>2</sup>	Separation from immediate family members (risk) <sup>4 (3)</sup> Socioeconomic status in a refugee camp (protective) <sup>2</sup>		Detention (risk) <sup>2</sup>	Peri
Depression and anxiety symptoms (risk) <sup>2</sup> Better perceived school performance (protective) <sup>2</sup> Avoidant coping strategies (risk) <sup>4</sup> Individual resilience (protective) <sup>6</sup>	Living with at least one biological parent (protective) <sup>2</sup> Parental mental health problems (risk) <sup>10 (2)</sup> Negative parenting behaviors (risk) <sup>5</sup> Parental abuse (risk) <sup>4</sup> Family cohesion (protective) <sup>4 (3)</sup>  Warm parent-child relationship (protective) <sup>3</sup>	Support by peers (protective) <sup>2 (4)</sup> Close relationships with friends (protective) <sup>2</sup> School connectedness (protective) <sup>4 (3)</sup> Cumulative exposure to daily stressors (risk) <sup>5</sup>	Perceived discrimination (risk) <sup>4 (3)</sup> Integrative acculturation style (protective) <sup>6</sup> Exposure to acculturation stressors (risk) <sup>4</sup> Resettlement in a poor region (risk) <sup>2</sup> Low-support living arrangements (risk unaccompanied minors) <sup>3</sup> Asylum granted in host country (protective) <sup>4</sup>	Post



# Preventive measures (Fazel & Betancourt, 2018)

Multimodal

4 Arten von

– Spezifische

– Parenting

– Schul-

– Veränder

Zentral: V

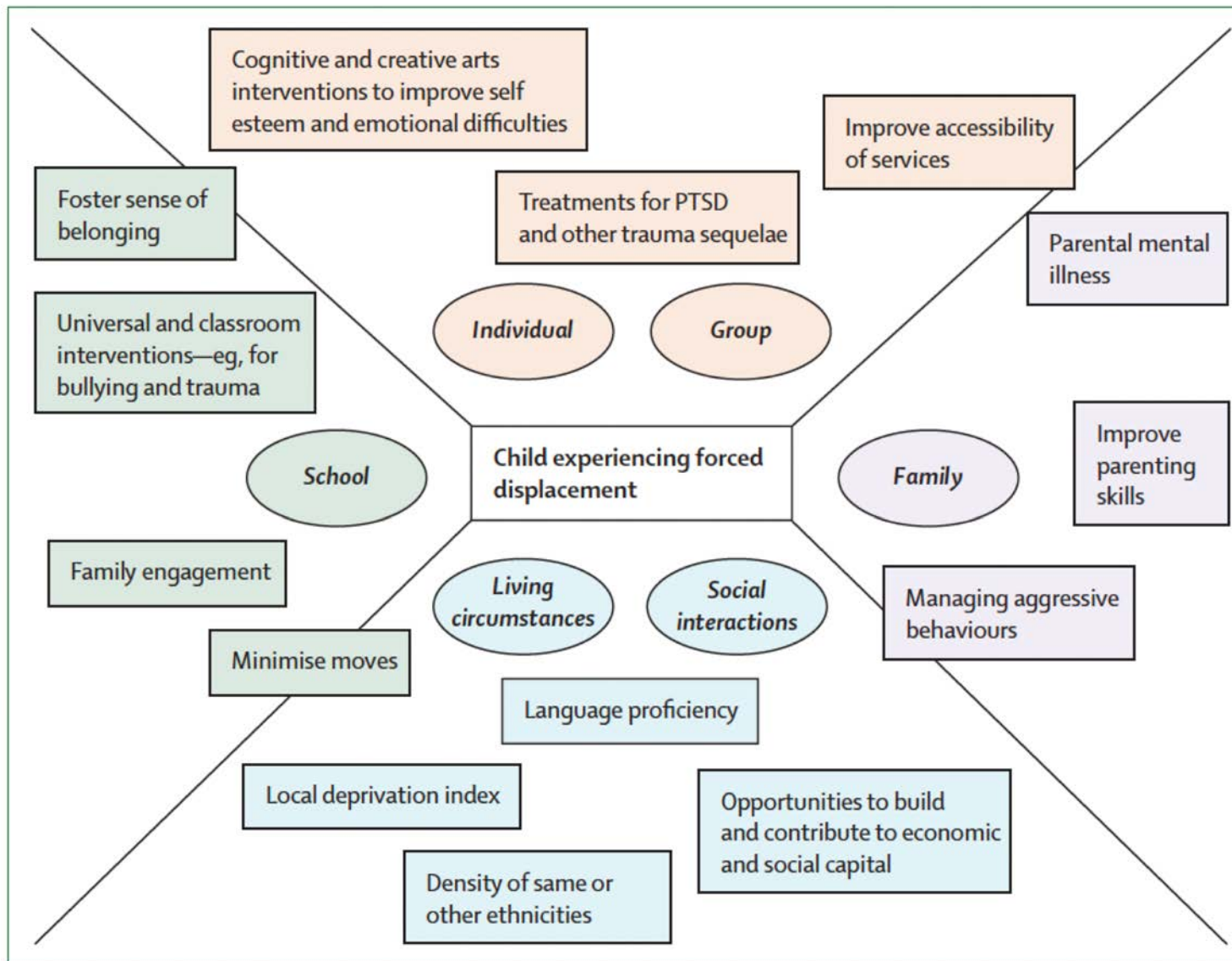


Figure 2: Preventing mental illness in refugee populations—arenas and examples of interventions

# Zugangsbarrieren in Aufnahmeländern

(Wilker, Bogatzki, Odenwald, in press)

Barrieren	Mögliche Lösungsansätze
<p><i>beim Erkennen eines Behandlungsbedarfs</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Wissen über psychische Störungen</li><li>– Fehlende Ressourcen, um Behandlungsbedarfe zu erkennen</li></ul>	<p>Aufsuchende Ansätze zur Erkennung psychischer Probleme</p>
<p><i>bei der Suche nach einem Behandlungsplatz</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Fehlende Informationen über Behandlungsangebote</li><li>– Bedenken und Ängste ggü. Eine. Behandlung</li><li>– Angst vor Stigma</li></ul>	<p>Zusammenarbeit mit geschulten Expertinnen oder Nichtexpertinnen (<i>Task Sharing, Collaborative Care</i>) Gestufte Versorgungsmodelle</p>
<p><i>bei der Inanspruchnahme einer Psychotherapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Administrative Probleme, z.B. Kostenübernahme</li><li>– Sprachbarrieren</li><li>– Schwere Erreichbarkeit der Angebote</li><li>– Mangelnde therapeutische Kompetenz (z.B. bzgl. Traumatherapie)</li><li>– Vorbehalte und Ängste gegenüber der Behandlung von geflüchteten Patient:innen</li></ul>	<p>Verbesserung der professionellen Versorgung</p>

# Mental Health Treatment GAP

## WHO, 2024:

- 1 von 8 Menschen hat *Mental Health* Probleme
- 1 von 100 Angehörige der Gesundheitsberufe behandelt *Mental Health* Probleme
- Behandlungs-Lücke am größten in wenigsten entwickelten Ländern

Seit 2008 spezielles Programm der WHO, um die Behandlungslücke zu schließen: mhGAP Initiative

- Integration von mh-Behandlungen in existierende (somatische) Angebote
- Training von Non-Experts

Systematik, Manuale, Trainings für Angehörige der somatisch arbeitenden Gesundheitsberufe

- Vereinfachte Diagnoseverfahren (z.B. Frage- und Entscheidungsbäume)
- Vereinfachte psychopharmakologische Interventionen (z.B. Vorauswahl an Pharmaka und Entscheidungsbäume)
- Vereinfachte psychotherapeutische Interventionen

# WHO: mhGAP

**mhGAP In**  
for mental, neurological  
in non-specialized health  
**Version 2.0**



**World Health  
Organization**

Clinical Management  
of Mental, Neurological and Substance Use Conditions  
in Humanitarian Emergencies

**mhGAP Humanitarian  
Intervention Guide  
(mhGAP-HIG)**



mental health Gap Action Programme



**World Health  
Organization**



**UNHCR**  
The UN Refugee Agency

# WHO: mhGAP

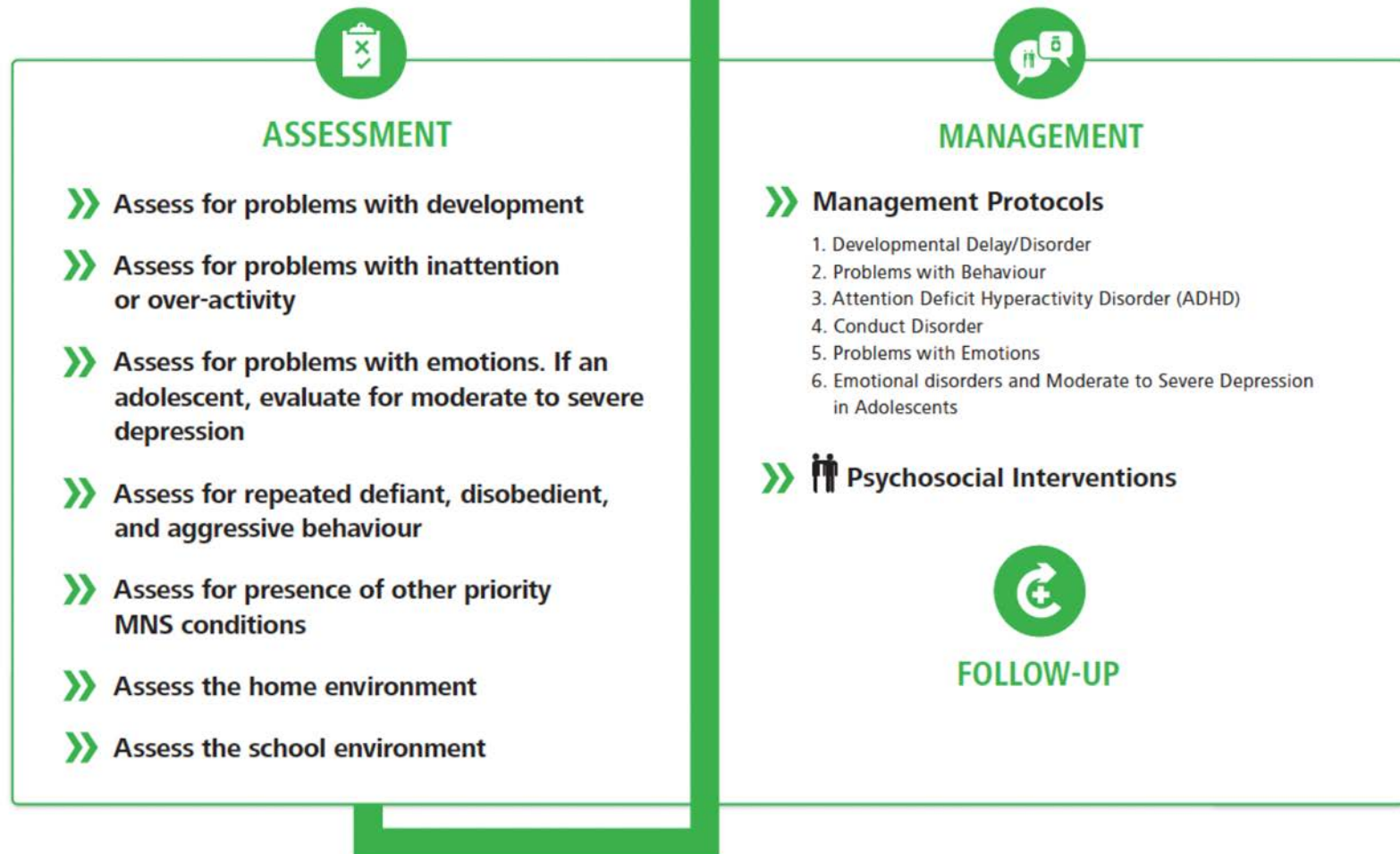


» ECP	Essential Care & Practice .....	5
» MC	Master Chart .....	16
» DEP	Depression .....	19
» PSY	Psychoses .....	33
» EPI	Epilepsy .....	51
» CMH	Child & Adolescent Mental & Behavioural Disorders .....	69
» DEM	Dementia .....	93
» SUB	Disorders due to Substance Use .....	105
» SUI	Self-harm/Suicide .....	131
» OTH	Other Significant Mental Health Complaints .....	141
	Implementation of mhGAP-IG .....	151
	Glossary .....	159



Mental Health Gap Action Programme

## CMH » Quick Overview



# Example Nakivale Refugee Camp, Uganda

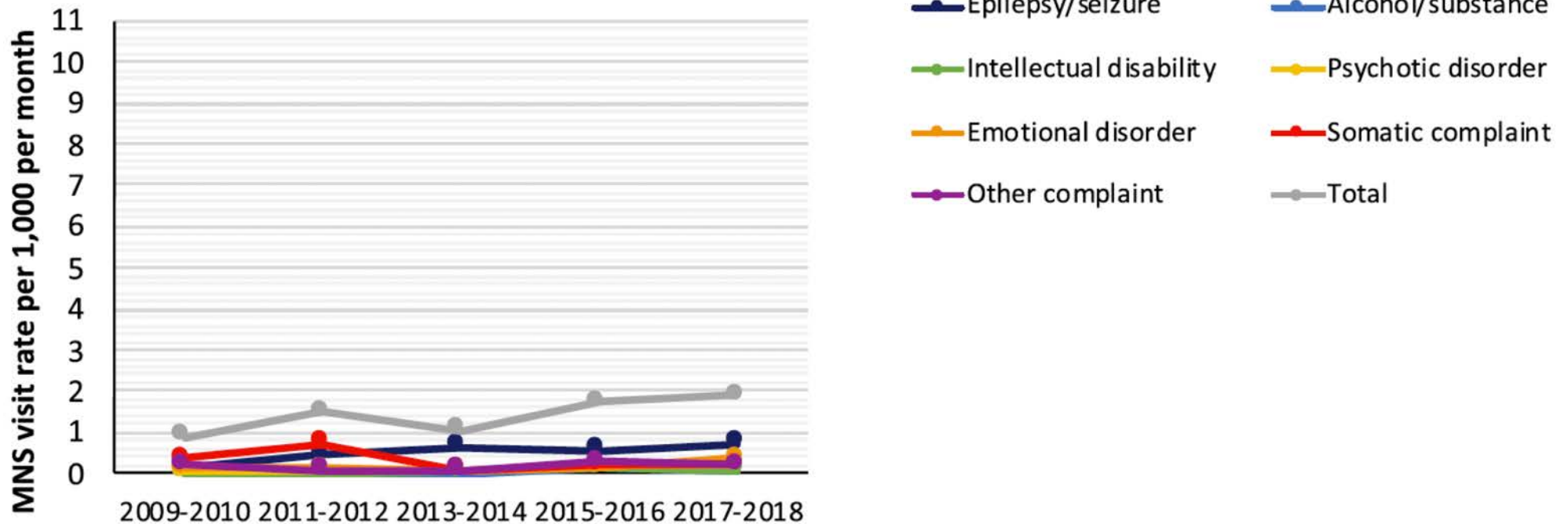
Population 2020: 171.387

8th largestest refugee camp in the world

UNHCR analysis of mental health services 2009 – 2018 (Fine et al., 2022)



## Nakivale, Uganda

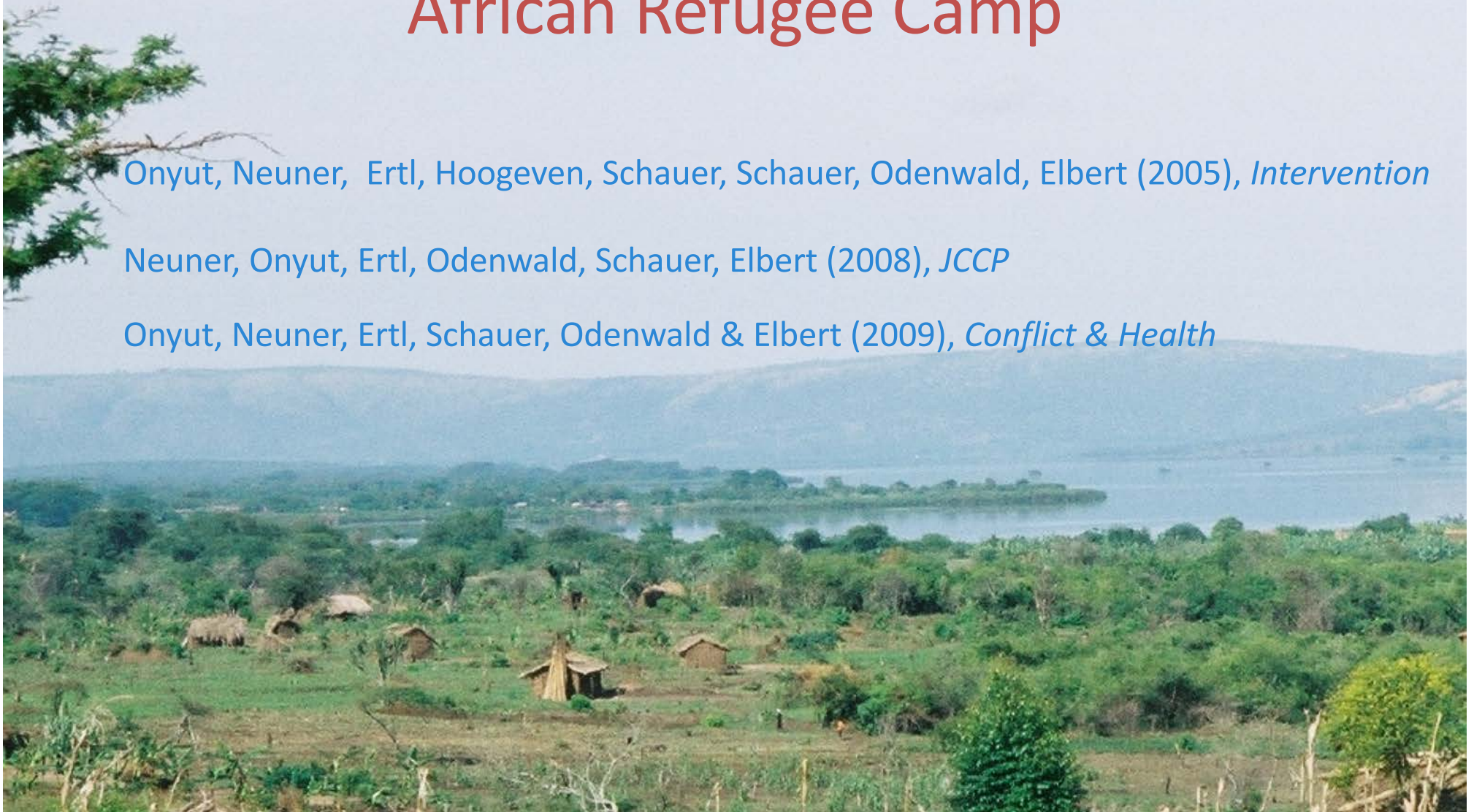


# The Nakivale Refugee Camp Project: Building Capacity to Provide Trauma Intervention in an African Refugee Camp

Onyut, Neuner, Ertl, Hoogeveen, Schauer, Schauer, Odenwald, Elbert (2005), *Intervention*

Neuner, Onyut, Ertl, Odenwald, Schauer, Elbert (2008), *JCCP*

Onyut, Neuner, Ertl, Schauer, Odenwald & Elbert (2009), *Conflict & Health*





**Onyut et al. (2009) Confl. Health**

**Somali refugees: N = 519, PTSD 48%**

**khat ,kafera'**

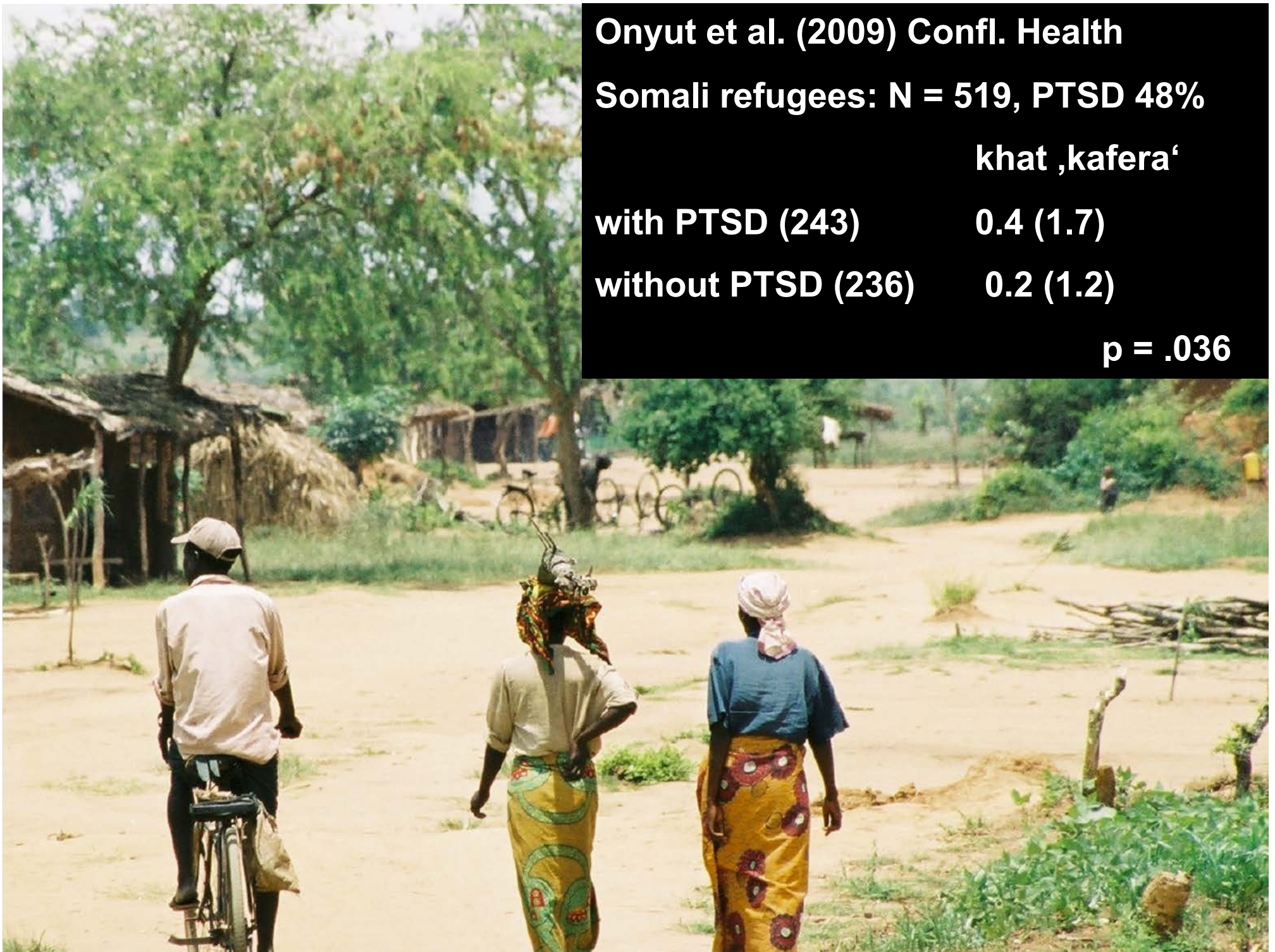
**with PTSD (243)**

**0.4 (1.7)**

**without PTSD (236)**

**0.2 (1.2)**

**p = .036**



# Urban refugee camp: Eastleigh, Nairobi



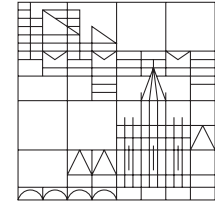


Europäische Union

Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



Universität  
Konstanz



# Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete

## Koordinierte Psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG)

Asyl-, Migrations-, Integrationsfonds der Europäischen Union  
Dr. Michael Odenwald & Prof. Dr. Brigitte Rockstroh & Prof. Dr. Daniela Mier

Lea Bogatzki



LANDKREIS  
KONSTANZ

KONSTANZ  
Die Stadt zum See



SINGEN

See vital.  
Radolfzell  
BOGGUZZO



GEMEINNÜTZIGE  
Hertie Stiftung

DEUTSCHER  
INTEGRATIONS  
PREIS



# Integration in die Regelversorgung

Koordinierte Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen



Koordinations-  
stelle



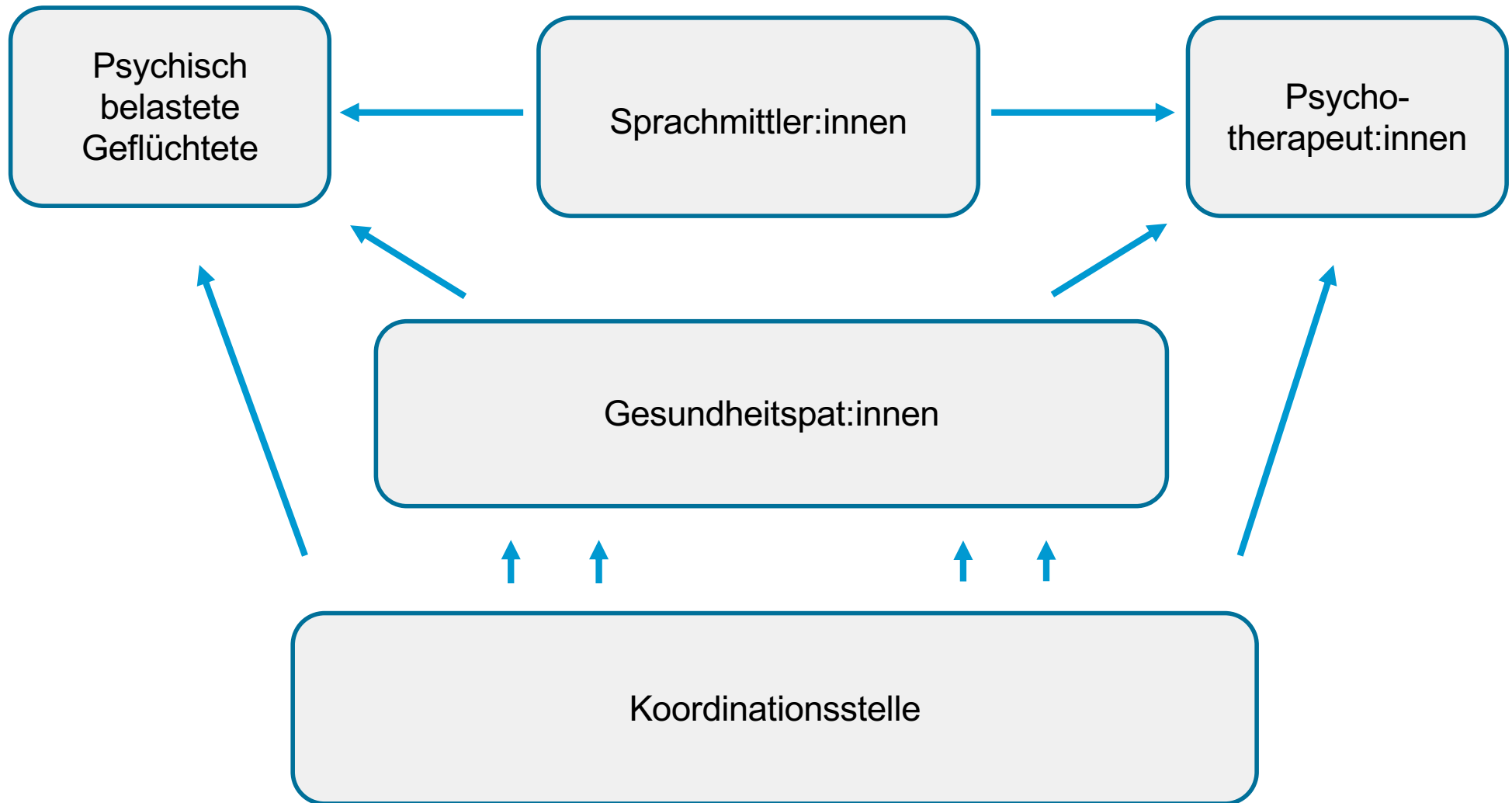
Gesundheits-  
pat:innen



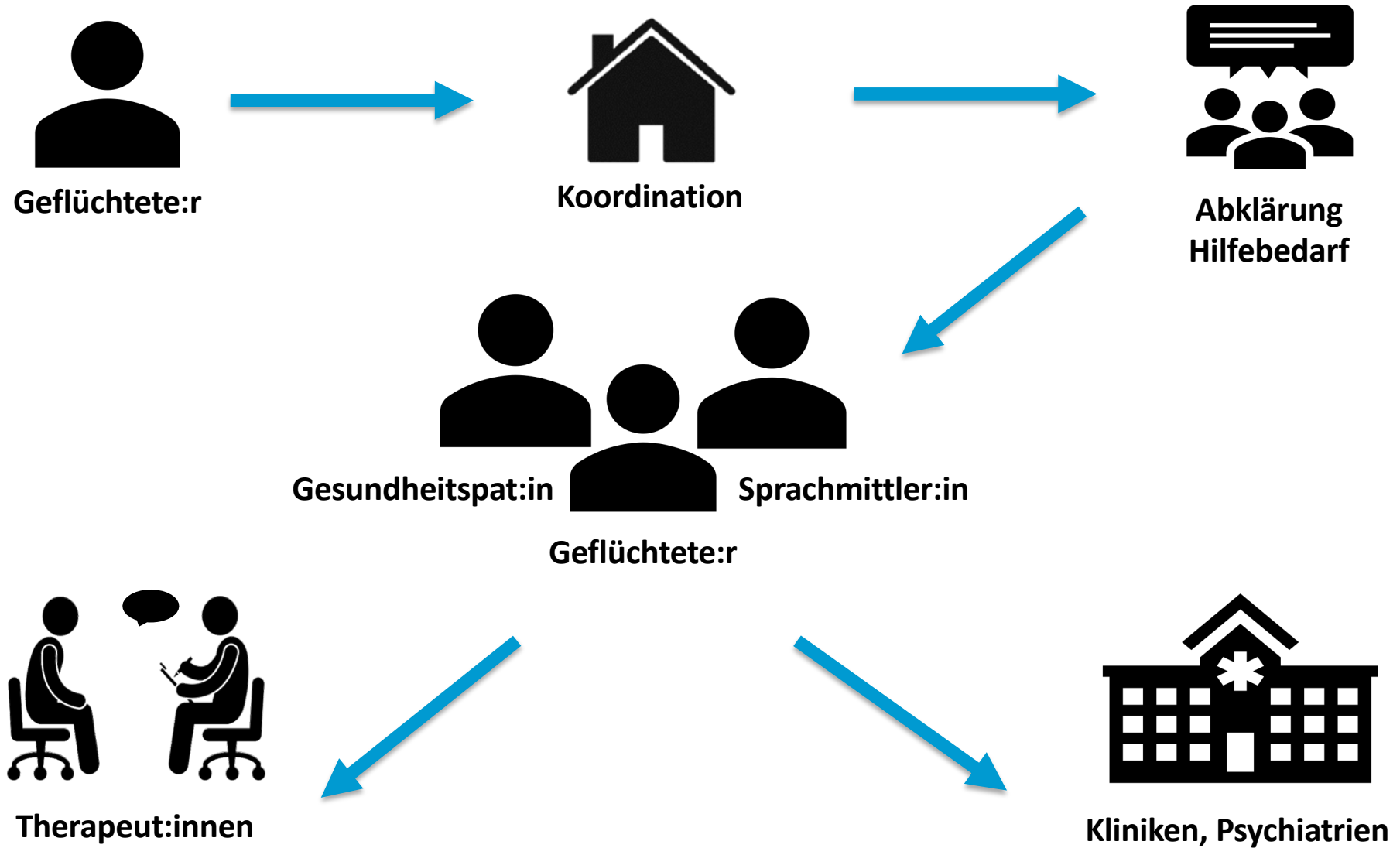
Therapeut-  
:innen



# Struktureller Aufbau des Projekts

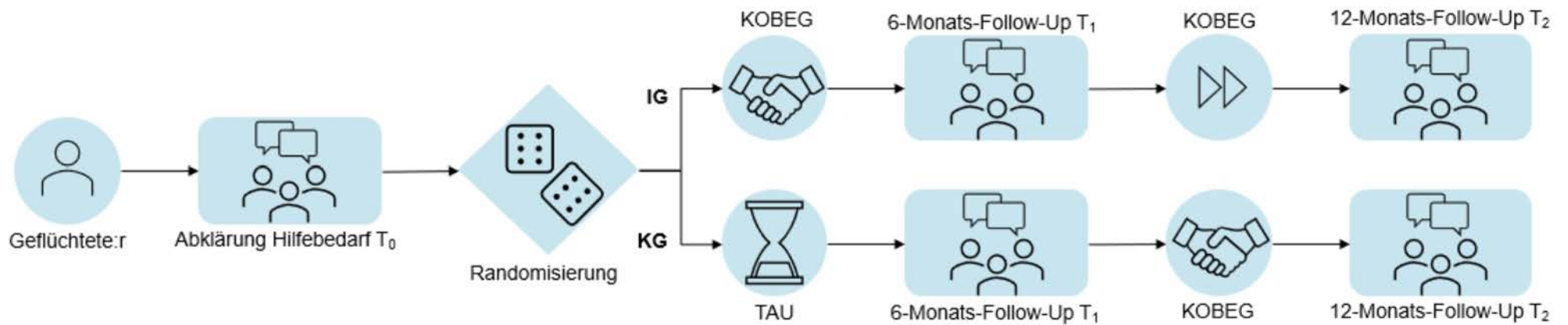


# Integrationsprojekt



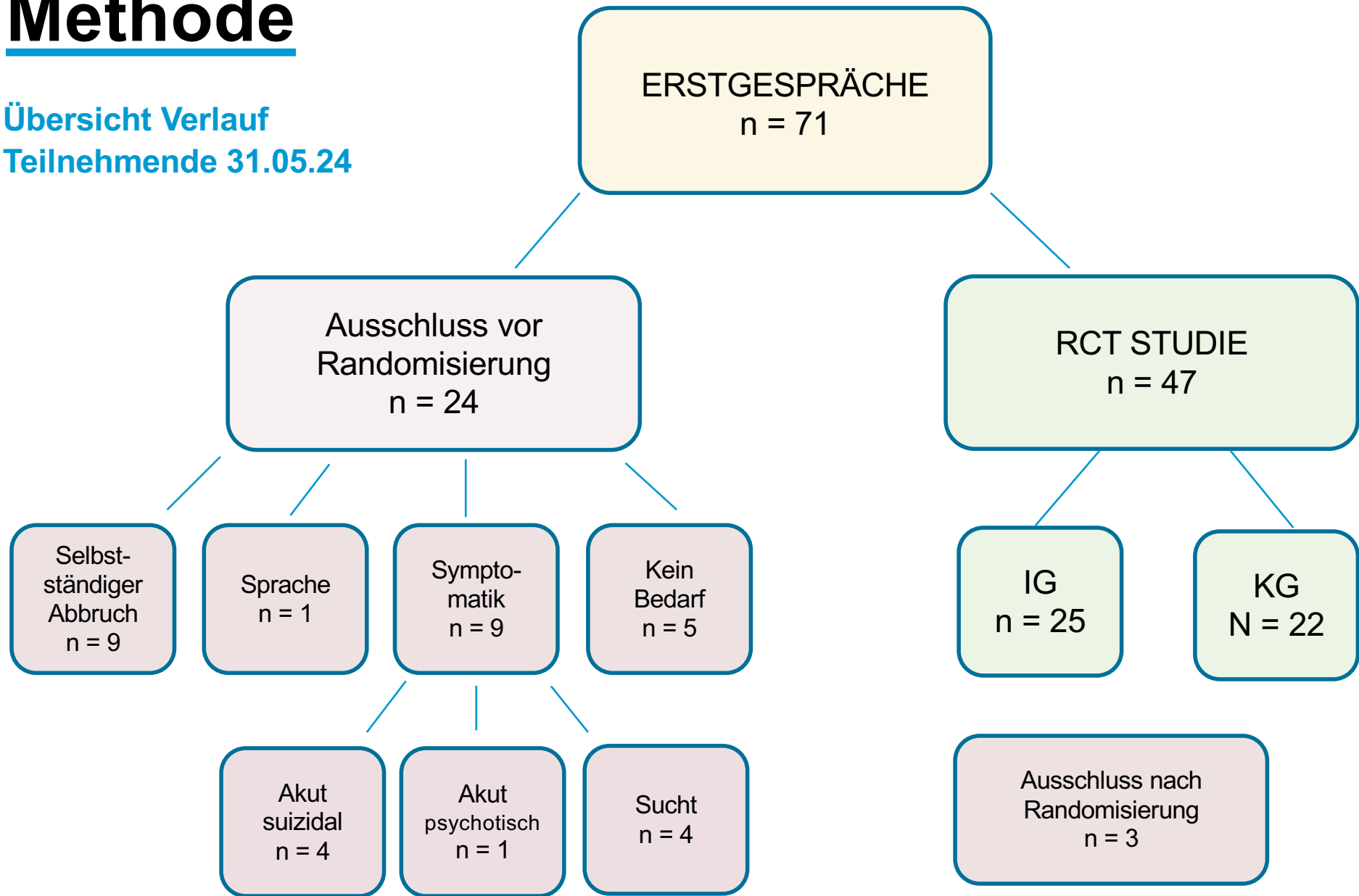
# Methode

## Workflow und Design des RCT



# Methode

Übersicht Verlauf  
Teilnehmende 31.05.24





# Methode

## Sample

m / w / d	männlich	weiblich	gesamt
Ausschluss	14	10	24
IG	15	10	25
KG	10	12	22

ALTER:  
21 – 55 J.  
 $M = 34.26$   
 $SD = 8,47$

LÄN DER	SY	IRA	AFG	IRA	TÜR	NIG	GAM	ERI	TUN	ÄT	GUI	PAL
IG	4	6	1	4	4	3	0	0	1	0	1	0
KG	5	3	6	2	3	1	0	0	0	1	0	1

## Instruments

- Diagnostik (SKID PTBS, MD, Sucht; Suizidalität MINI; Psychose CIDI)
- LEC & PTSD-Checklist für DSM-V (PCL-5)
- Brief Symptom Inventory (BSI)
- Refugee Health Screener; WHO-QOL-Bref; Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK)

PTBS  
74.5%

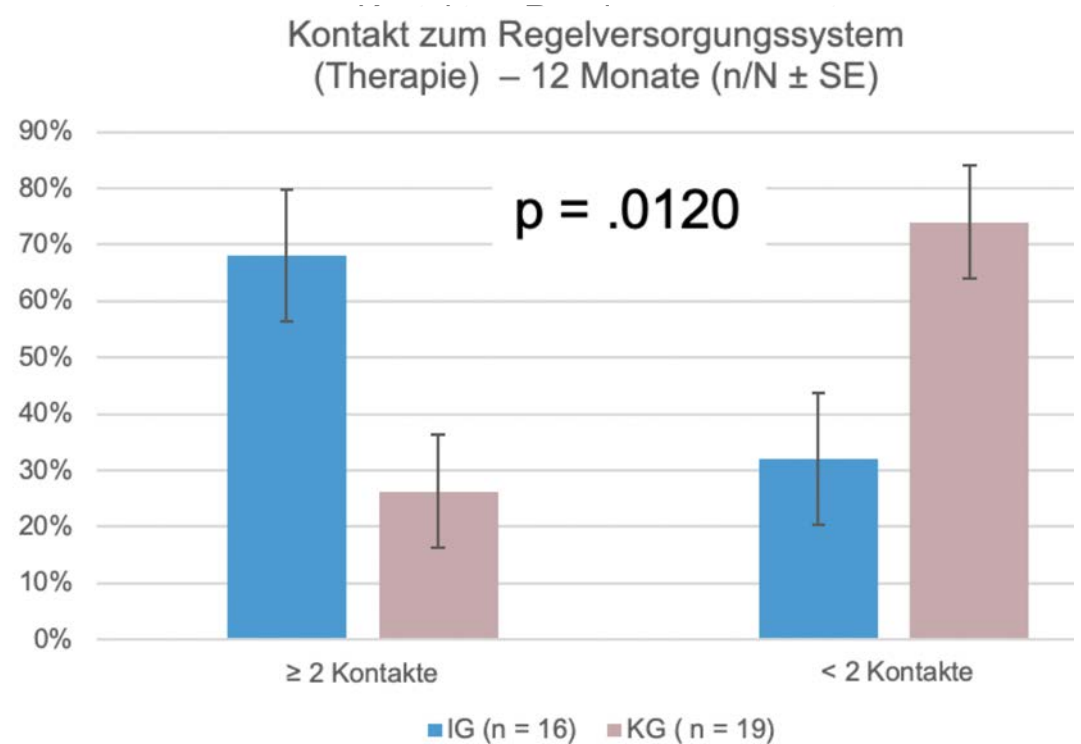
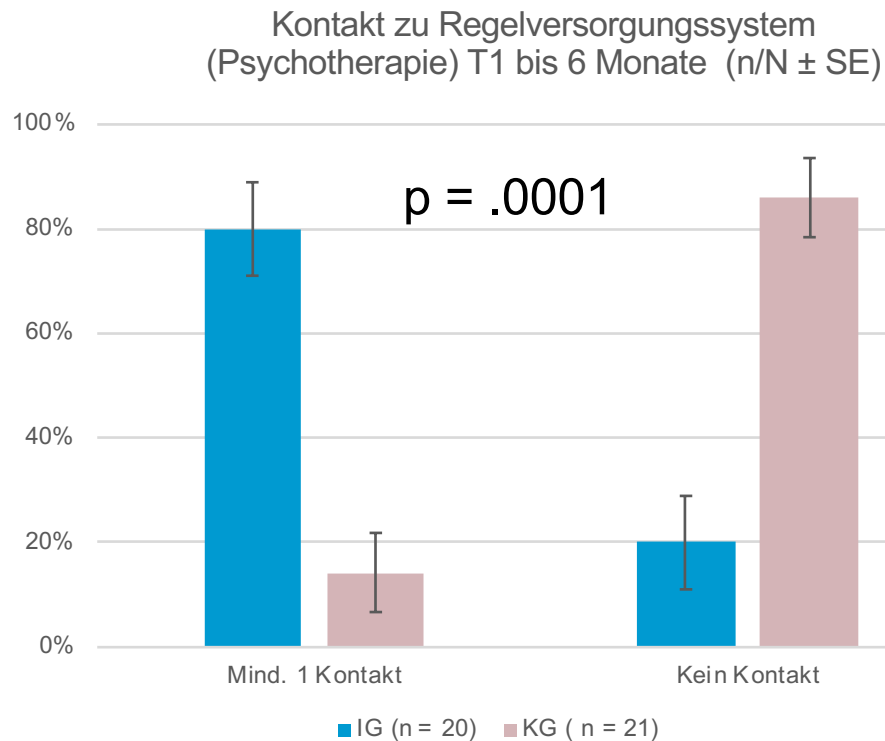
Affektive  
Störungen  
80.8%

# Vorläufige Resultate (31.05.24)

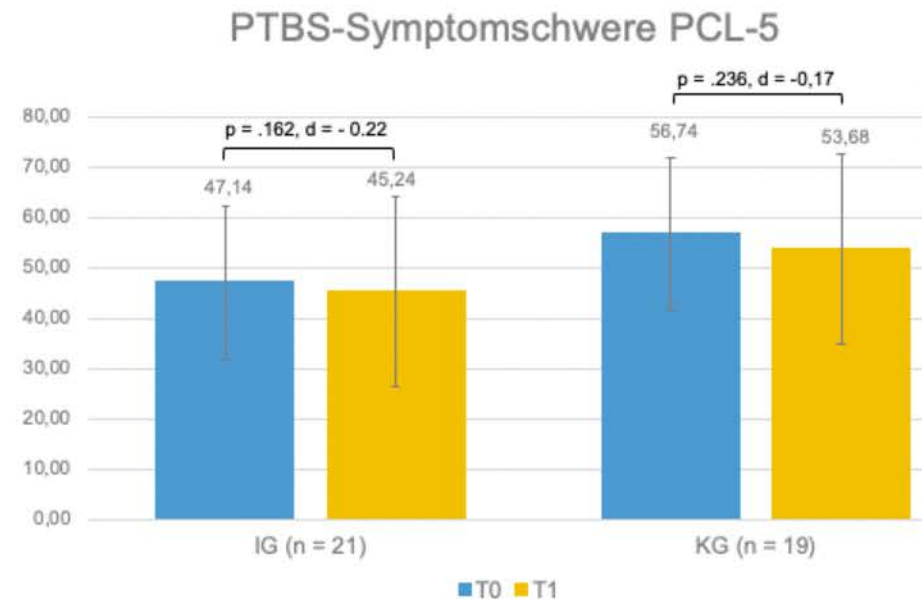
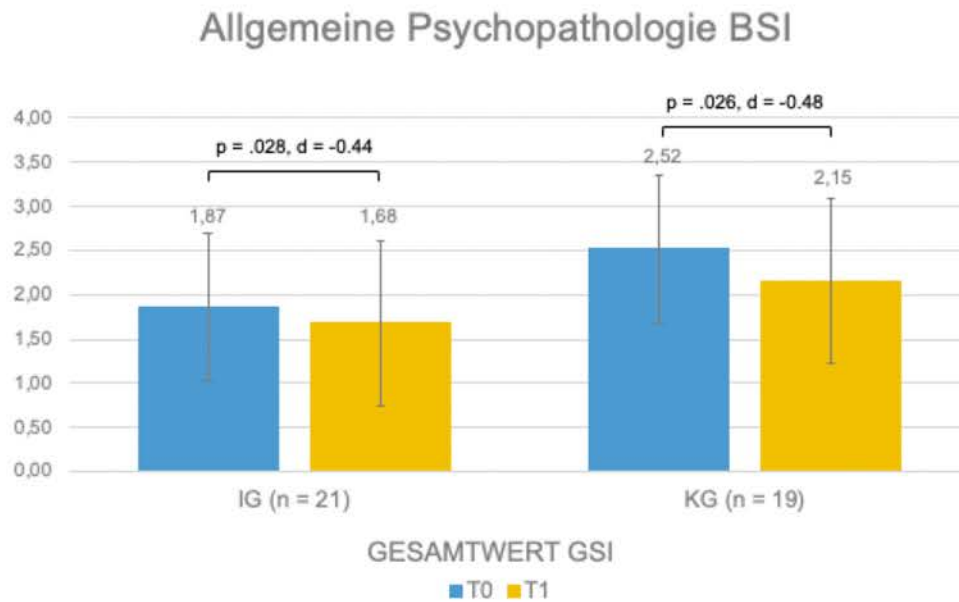
THERAPIE → Inanspruchnahme nach 6 Monaten (Chi2-Test)

IG

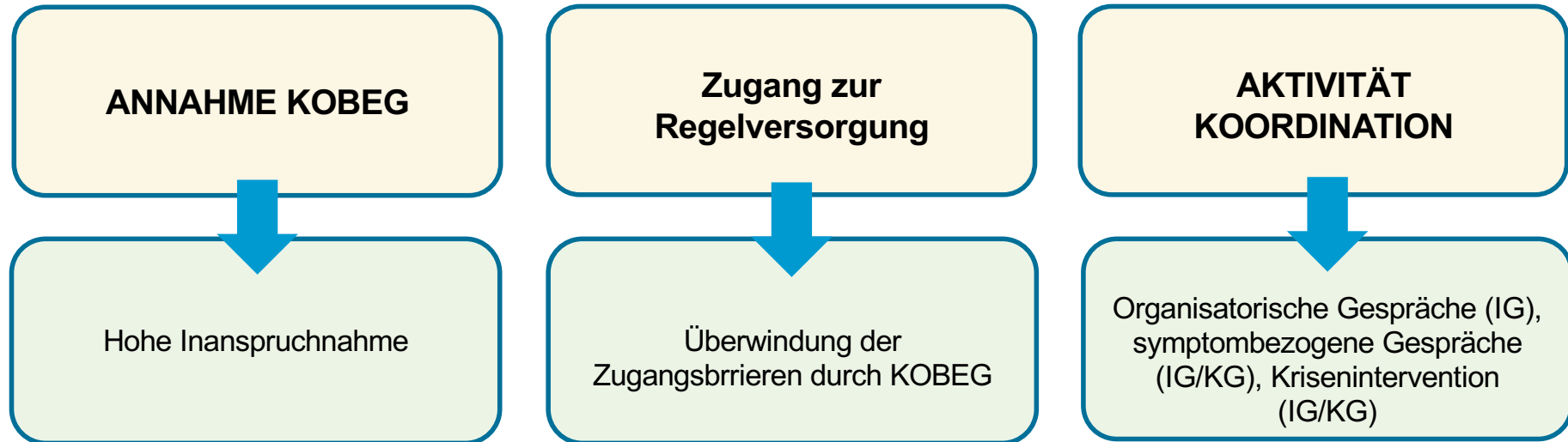
KG



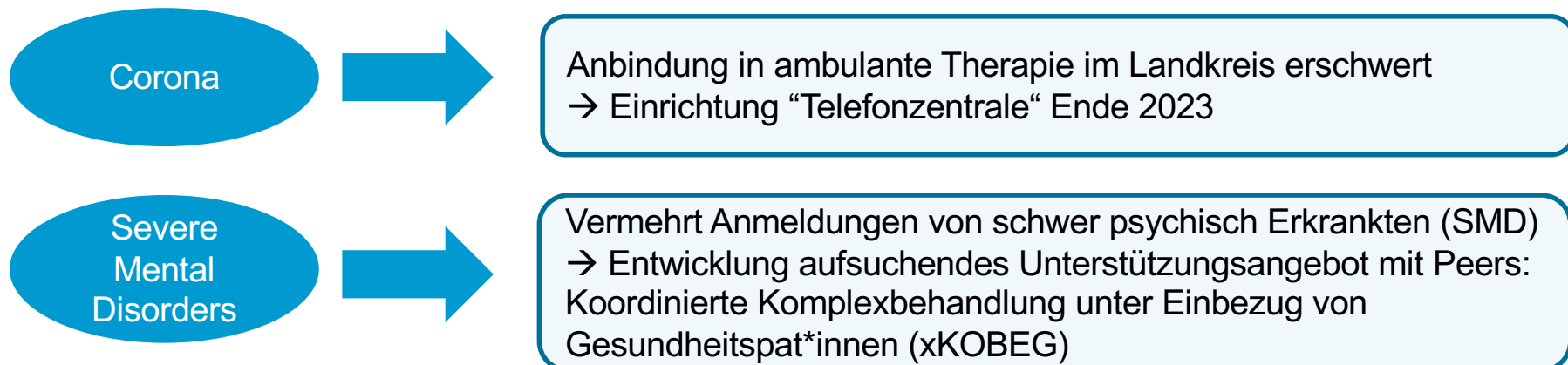
# Symptomveränderungen (vorläufige Resultate; 31.07.2024)



# Diskussion



## Herausforderungen & Anpassungen im Projektverlauf:



# Fazit

- **Weltweit > 45 Mio. geflüchtete Kinder und Jugendliche**
- **Hohe Prävalenz psychischer Störungen**
- **Zugangsbarrieren und Unterversorgung**
- **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen notwendig**
  - In Herkunftsländern selbst
  - In Aufnahmeländern



[michael.odenwald@uni-konstanz.de](mailto:michael.odenwald@uni-konstanz.de)  
[integrationsprojekt@vivo.org](mailto:integrationsprojekt@vivo.org)

<https://www.psychologie.uni-konstanz.de/mier/einrichtungen/integrationsprojekt/>  
<https://www.vivo.org>

# Wichtigste Literatur

*Alisic, Zalta, van Wesel et al. B J Psychiatr. 2014;204:335-340.*

*Blackmore, Gray, Boyle et al. (2020). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020;59(6):705–714*

*Fine, Kane, Spiegel et al., (2022). BMC Medicine 20:183*

*Kien, Sommer, Faustmann et al., (2019). European Child & Adolescent Psychiatry (2019) 28:1295–1310*

*Polanczyk, Salum, Sugaya et al. J Child Psychol Psychiatr. 2015;56:345-365.*

*UNHCR (2024). Global Trends. Forced displacement in 2023. Copenhagen: UNHCR*

*WHO (2016). mhGAP Intervention Guide Version 2.0. Geneva: World Health Organization.*

*WHO (2024). Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services. Geneva: World Health Organization.*