

---

# **Entwicklungspsychopathologische Analysen im Kindes- und Jugendalter: unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrundes**

Kumulative Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

durch den Promotionsausschuss Dr. rer. nat.

der Universität Bremen

vorgelegt von

Esmahan Belhadj Kouider

(M. Sc. Klinische Psychologin)

Betreuer: Prof. Dr. Franz Petermann

Prof. Dr. Ute Koglin

Gutachter: Prof. Dr. Ulrike Petermann

PD Dr. Axel Kobelt

Bremen, Dezember 2014

## Danksagung

Die Periode der Doktorarbeit war eine schöne, lehrreiche und manchmal auch anstrengende Zeit. Ich möchte an dieser Stelle zunächst meinen Betreuern danken. Herr Petermann, ich danke Ihnen, dass Sie mich in dieser Phase sehr unterstützt haben. Ich habe in unseren Gesprächen viel gelernt und danke Ihnen besonders dafür, dass Sie auch meinen Dickkopf und mein Temperament ausgehalten haben ☺. Liebe Ute Koglin, auch von dir habe ich viel lernen dürfen und ich möchte mich bei dir besonders dafür bedanken, dass du immer an mich geglaubt hast, oft mehr als ich an mich selbst.

Frau Petermann, Ihnen möchte ich danken, dass Sie sofort bereit waren die Doktorarbeit zu begutachten und ich danke Ihnen an dieser Stelle auch für die gemeinsame und schöne Zeit in der Ambulanz. Herrn Kobelt möchte ich für die bereichernde Zeit im Studium danken und darüber hinaus für die Bereitschaft meine Doktorarbeit zu begutachten.

Zur Umsetzung dieses Projektes möchte ich außerdem Alfred Lorenz und Marc Dupont danken. Ich habe von Ihnen beiden viel Vertrauen geschenkt bekommen und sehr frei an meinem Thema und dem Projekt arbeiten können. Außerdem haben Sie beide auch bei Gegenwind immer uneingeschränkt hinter mir gestanden, danke dafür. Eva Szabò, auch dir gilt großer Dank, denn du warst immer froh über mich und mein Projekt. Das hat mir viel Mut gegeben das Ganze zu starten und zu gestalten. Ich möchte mich außerdem bei allen StudentInnen bedanken, die mich im Rahmen des Projektes unterstützt haben.

Danken möchte ich ebenfalls dem ZKPR-Team. Besonderer Dank gilt Monika Daseking und Hans-Christian Waldmann, die mir jederzeit mit fachlichem und zwischenmenschlichem Rat zur Seite standen. Liebe Olesja/Nicole Gust, es hat einfach Spaß gemacht mit dir in unserem Büro ein Team zu sein. Auch den anderen Doktoranden möchte ich für die Unterstützung danken, besonders Johanna Theiling, Franziska Walter und Korsch, Julia Rießling, Jessica Melzer, Mirjam Laakmann, Hannah Weber, Lina Werpup-Stüve, Jan Schultheiß und Franz Pauls – es war immer ein schönes Doktorandenkolloquium mit Euch.

Nicht vergessen möchte ich meine treuen und lieben Freundinnen, im Besonderen Thabita, Fatima und Hadjar, die Ihr mir emotional seit langer Zeit eine große Stütze seid, danke Euch dafür! Ganz besonders danken möchte ich an dieser Stelle meinem Mann und meinen drei Söhnen. Ihr seid meine größten und konstruktivsten Kritiker, Ihr gebt mir viel Kraft und es ist einfach schön, dass Ihr an meiner Seite seid - elhamdullillah.

**„Ich bin ein Baum mit zwei Stämmen**

*Ich bin ein Baum,  
bin ein Baum mit zwei Stämmen.*

*Ja, ja: mit zwei Stämmen!  
Das verstehst Du nicht?*

*Ich bin ein Baum  
und habe nur eine Wurzel,  
eine Wurzel dort, wo ich geboren bin.*

*Du willst, dass ich immer grün bleibe,  
willst mich biegsam wie eine Weide  
oder blühend wie eine Linde?  
- Aber ich bin ein anderer Baum  
und habe zwei Stämme.  
Sie sind nicht gleich -  
können nicht gleich sein.*

*Es ist schön und doch schwer,  
zwei Seelen zu haben.  
Du willst, dass ich eine wähle,  
Nur eine Seele?  
Aber schau dir diesen Baum an,  
wie lebendig er ist, wie harmonisch!*

*Und nun stell dir vor,  
ein Stamm würde abgeschnitten.  
Wie verletzbar müsste er sein,  
mein Baum.  
Nein, ich möchte keinen Stamm verlieren,  
ich will ich bleiben...  
und weiterwalzen.*

*Denke nicht, ich stelle mich über die anderen.  
Nein, ich bin ein Baum unter vielen;  
nur ein wenig anders:*

*Eine Wurzel, ein Herz...  
aber zwei Seelen.“*

(Maria Bender und Lu Sponheimer, o. J.)

*Für Mohammed, Mahfoud Marouan, Tarek und Ziyad*

## Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS .....	I
TABELLENVERZEICHNIS .....	III
KASTENVERZEICHNIS .....	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	IV
ZUSAMMENFASSUNG .....	V
ABSTRACT .....	VI
ÜBERSICHT DER DISSERTATIONSRELEVANTEN PUBLIKATIONEN.....	VII
WISSENSCHAFTLICHES TÄTIGKEITSFELD UND FORSCHUNGSARBEITEN IM RAHMEN DER PROMOTION .....	VIII
EINLEITUNG .....	1
<b>THEORETISCHER TEIL</b>	
1. ENTWICKLUNGSPSYCHOPATHOLOGISCHE ASPEKTE IN DER KINDHEIT .....	4
1.1. WIRKMECHANISMEN VON RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN .....	5
1.2. TRANSDIAGNOSTISCHE RISIKOFAKTOREN IM KINDES- UND JUGENDALTER .....	7
2. KINDER UND JUGENDLICHE MIT MIGRATIONS HinterGRUND .....	9
2.1. DEFINITION MIGRATIONS HinterGRUND .....	9
2.2. URSACHEN FÜR EINE MIGRATION.....	10
2.3. DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG DER MIGRATION IN DEUTSCHLAND, EUROPA UND NORDAMERIKA.....	12
2.4. LEBENSBEDINGUNGEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONS HinterGRUND IN DEUTSCHLAND.....	14
3. KULTUR ALS EINFLUSS AUF DIE ENTWICKLUNG IM KINDES- UND JUGENDALTER..	14
3.1. EINFÜHRUNG IN KULTURDEFINITIONEN .....	15
3.2. KULTURDIMENSIONEN ALS EINSCHÄTZUNG GESELLSCHAFTLICHER NORMEN .....	16
3.3. LÄNDERVERGLEICH DER KULTURDIMENSIONEN .....	17
3.4. RELEVANZ DER KULTURDIMENSIONEN IN LEBENSBEREICHEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN .....	18
3.5. AKKULTURATION .....	22
4. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG .....	25
4.1. DIE VERSORGUNGSTRUKTUREN IN DEUTSCHLAND .....	25
4.2. KINDER UND JUGENDLICHE MIT MIGRATIONS HinterGRUND IN DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG ....	27
5. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....	29
<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	
6. METHODISCHES VORGEHEN .....	32
6.1. SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE (STUDIEN 1 UND 2).....	32
6.2. ANALYSEN DER INANSPRUCHNAHMEPOPULATION (STUDIEN 3, 4 UND 5) .....	36
7. ERGEBNISSE.....	48

7.1. PRÄVALENZ PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND .....	48
7.2. SPEZIFISCHE RISIKOFAKTOREN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND .....	51
7.3. STÖRUNGS- UND SYNDROMSPEZIFISCHE RISIKOFAKTOREN IM KINDES- UND JUGENDALTER .....	57
7.4. ZUSAMMENHÄNGE VON RISIKOFAKTOREN MIT DEM MIGRATIONSSTATUS .....	59
7.5. POWERANALYSEN .....	61
7.6. INANSPRUCHNAHMEVERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND.....	62
7.7. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE .....	62
8. DISKUSSION .....	63
8.1. STÖRUNGS- UND SYNDROMSPEZIFISCHE RISIKOFAKTOREN IM KINDES- UND JUGENDALTER .....	64
8.2. TRANSKULTURELLE ASPEKTE DER ENTWICKLUNGSPSYCHOPATHOLOGIE IM KINDES- UND JUGENDALTER	68
8.3. METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN DER ANALYSEN .....	80
8.4. POTENZIAL DER ANALYSEN .....	82
8.4. AUSBLICK FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS .....	84
LITERATUR.....	90

## ANHANG

Anhang A:	Studie 1
Anhang B:	Studie 2
Anhang C:	Studie 3
Anhang D:	Studie 4
Anhang E:	Studie 5
Anhang 6:	Dokumentationsbogen 2012
Anhang 7:	Tabelle A.1
Anhang 8:	Tabelle A.2
Anhang 9:	Eigenanteil an den Manuskripten (Studie 1-5)
Anhang 10:	Eidesstattliche Erklärung

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1.</b> 6-Faktoren-Modell der Kulturdimensionen nach Hofstede (2001; 2011) .....	16
<b>Tabelle 2.</b> Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2006) .....	26
<b>Tabelle 3.</b> Zusammenfassung der Versorgungsdokumentation der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen (modifiziert nach Lorenz & Voigt, 2012) ....	39
<b>Tabelle 4.</b> Ethnische Gruppierung der vorliegenden Forschungsarbeit (basierend auf Item A. 9 nach Lorenz & Voigt, 2012).....	40
<b>Tabelle 5.</b> Verteilung der ethnischen Gruppen in der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation von 2005-2012 ( $N = 5594$ ) .	43
<b>Tabelle 6.</b> Soziodemographische Bedingungen bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ( $N = 5594$ ).....	44
<b>Tabelle 7.</b> Studiendesign der vorliegenden Forschungsarbeit für Studie 3, 4 und 5 .....	46
<b>Tabelle 8.</b> Übersicht der Prävalenzverhältnisse psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit oder ohne Migrationshintergrund im Vergleich (entnommen aus den vergleichenden Studien der systematischen Recherche; $N = 69$ ).....	50
<b>Tabelle 9.</b> Übersicht der Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (aus den Studien der systematischen Recherche; $N = 86$ )	52
<b>Tabelle 10.</b> Prävalenz internalisierender und externalisierender Störungen der ethnischen Gruppen (entnommen aus den Studien der systematischen Recherche; $N = 86$ ) ..	54
<b>Tabelle 11.</b> Ausschnitte mit den bedeutsamen Ergebnissen aus den Gesamtmodellen der interethnischen Analysen der Inanspruchnahmepopulation von 2007-2011 (aus Studie 5) .....	55

## Kastenverzeichnis

<b>Kasten 1.</b> Systematische Recherche der vorliegenden Forschungsarbeit (basierend auf Centre for Reviews and Dissemination, 2008) .....	33
<b>Kasten 2.</b> Sekundärdatenanalyse der vorliegenden Forschungsarbeit (basierend auf Glaeske et al., 2009; GPS, 2008; Pfaff, Glaeske, Neugebauer & Schrappe, 2009).....	37

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1.</b> Entwicklungspsychopathologie psychischer Störungen (modifiziert nach Antonovsky, 1979; Petermann & Resch, 2013; Rutter, Tizard, Yule, Graham & Whitmore, 1976).....	6
<b>Abbildung 2.</b> Kulturdimensionen für Deutschland, Polen, Russland und die Türkei (modifiziert nach Hofstede & Hofstede, 2014) .....	18
<b>Abbildung 3.</b> Einfluss von Kultur bei Kindern mit Migrationshintergrund (modifiziert nach Berk, 2005; Hofstede, 2011; Schlippe, El Hachimi & Jürgens, 2013).....	22
<b>Abbildung 4.</b> Akkulturationsstile nach Berry (2006a; S. 35).....	23
<b>Abbildung 5.</b> Die zehn häufigsten klinisch-psychiatrischen Diagnosen in der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation von 2005-2012 ( $N = 5594$ ).....	45
<b>Abbildung 6.</b> Flow-Chart der Studienselektion .....	49
<b>Abbildung 7.</b> Verteilung internalisierender Störungen ( $N = 3706$ ) in Abhängigkeit von unnormalen Erziehungsbedingungen (Ergebnisse aus Studie 4).....	60
<b>Abbildung 8.</b> Verteilung internalisierender Störungen ( $N = 3706$ ) in Abhängigkeit von unnormalen Umgebungsbedingungen (Ergebnisse aus Studie 4) .....	60
<b>Abbildung 9.</b> Risikofaktoren für internalisierende und externalisierende Störungen (basierend auf den Studienergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit) .....	64
<b>Abbildung 10.</b> Spezifische Einflussfaktoren und die resultierende Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern (basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit) .....	70
<b>Abbildung 11.</b> Kulturdimension Kollektivismus im Ländervergleich (modifiziert nach Hofstede & Hofstede, 2014).....	73
<b>Abbildung 12.</b> Transdiagnostisches Modell mit einer heuristischen Einordnung von Belastungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern (in Anlehnung an Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; S. 592) .....	79

## Zusammenfassung

*Theoretischer Hintergrund.* Verschiedene Belastungsfaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund werden diskutiert, u. a. oft ein niedriger sozioökonomischer Status, geringe Sprachkompetenzen in der Sprache des Einwanderungslandes oder häufig auch schlechte Schulleistungen. Es gibt bisher jedoch trotz der steigenden Anzahl an Kindern mit Migrationshintergrund kaum deutsche Studien, die die psychische Verfassung dieser Kinder und Jugendlichen detailliert untersucht haben. *Fragestellung.* Die vorliegende Forschungsarbeit stellte sich die Frage, ob die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern höher ist als bei Gleichaltrigen ohne diesen Hintergrund und ob bei ihnen möglicherweise spezifische Risikofaktoren vorliegen. Zudem wurde hinterfragt, ob sie ausreichend die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung aufsuchen. Des Weiteren sollten störungs- oder syndromspezifische Risikofaktoren identifiziert werden. *Methodik.* Zur Operationalisierung wurden systematische Literaturrecherchen in Europa und Amerika durchgeführt und es wurden kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdaten (2005-2012;  $N = 5594$ ) aus dem Bundesland Bremen analysiert. *Ergebnisse.* Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund wiesen in westlichen Einwanderungsländern eine bedeutsam höhere Prävalenz psychischer Störungen auf als Gleichaltrige ohne diesen Hintergrund, besonders ausgeprägt zeigte sich dieser Unterschied bei den internalisierenden Störungen. Außerdem konnten bei ihnen migrationsspezifische Risikofaktoren identifiziert werden wie kindbezogene (u. a. kulturelle Identität, Akkulturationsstress), familienbezogene (u. a. Diskrepanz zwischen kultureller Orientierung der Eltern und Kinder, strenger Familienzusammenhalt) oder umweltbezogene Faktoren (u. a. Diskriminierungserfahrungen, ethnische Klassenzusammensetzung). Auch eine bestimmte ethnische Zugehörigkeit (u. a. afrikanisch, asiatisch, türkisch oder marokkanisch) und eine abweichende kulturelle Orientierung (z. B. kollektivistisch) wirkten sich negativ auf die psychische Befindlichkeit bei ihnen aus. Bei den Analysen zu den Risikofaktoren konnten störungsspezifische, aber auch syndromspezifische Risikofaktoren bestimmt werden, u. a. das Geschlecht, der Bildungshintergrund oder die Familiensituation. *Schlussfolgerungen.* Die vorliegenden Ergebnisse geben für die Forschung Implikationen, dass im Migrationskontext vermehrt selektive Studiendesigns und Analysen der verschiedenen ethnischen Gruppen erfolgen sollten. Zudem wird aus der transdiagnostischen Perspektive auf besonders relevante Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche verwiesen. Zur angemessenen Erfassung migrationsspezifischer Risikofaktoren wird für die Psychodiagnostik die Einführung standardisierter Interviews oder Fragebögen mit interkulturellen Inhalten empfohlen.

## Abstract

*Theoretical background.* Different burden factors in migrant children and adolescents are discussed, such as a low socioeconomic status, low language competences in the language of the immigration country or, compared with non-migrant children, often poorer school performance. Even though the number of migrant children has increased, there are actually almost no German studies analyzing the mental constitution of these children and adolescents in detail. *Questioning.* This research project questioned if the prevalence of mental disorders in migrant children is higher than that of their counterparts without migration background and whether they are at risk for certain specific burden factors. Furthermore, particular attention was paid to their mental health care visits. In addition, the identification of risk factors in specific disorders or in syndromes was of interest. *Methods.* In order to operationalize the questions European and American literature was systematically researched and retrospective child and adolescent psychiatric health care data of Bremen (2005-2012;  $N = 5594$ ) were analyzed. *Results.* Migrant children and adolescents showed a higher prevalence in mental disorders than their non-migrant counterparts, particularly in internalizing disorders. Furthermore, specific migrant risk factors were found, such as child-related factors (e. g. cultural identity, acculturation stress), family-related factors (e. g. discrepancy in child and parent cultural orientation, strong family cohesion) or environment-related factors (e. g. discrimination experiences, ethnic density in school class). Even a specific ethnic affiliation (e.g. African, Asian, Turkish or Moroccan) or a different cultural orientation (e. g. collectivistic) influenced their mental constitution negatively. Analysis of risk factors identified disorder-specific and syndrome-specific risk factors, such as gender, educational background or the family situation. *Conclusions.* Based on these results more selective study designs and analyses in ethnic minority groups in research context are recommended. Additionally, in consideration of transdiagnostic perspective relevant risk factors in children and adolescents are presented. For psychodiagnostic the implementation of standardized interviews or questionnaires with cross-cultural contents is recommended to identify migration specific risk factors adequately.

## Übersicht der dissertationsrelevanten Publikationen

Die vorliegende kumulative Dissertation basiert auf fünf Publikationen, drei englischsprachigen und zwei deutschsprachigen. Hiervon sind zwei Studien systematische Literaturrecherchen und drei Studien untersuchten retrospektiv kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdaten. Die Studien werden in der vorliegenden Forschungsarbeit als Studie 1 bis 5 gekennzeichnet. Alle Publikationen nahmen an einem Peer-Review-Verfahren teil. Vier der Publikationen sind bereits angenommen und publiziert, eine Studie befindet sich in Revision.

### Studie 1 (s. Anhang A)

Belhadj Kouider, E., Koglin, U. & Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in American countries: a systematic review. *Journal for Immigrant and Minority Health*. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10903-014-0039-2>

### Studie 2 (s. Anhang B)

Belhadj Kouider, E., Koglin, U. & Petermann F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 371-393.

### Studie 3 (s. Anhang C)

Belhadj Kouider, E., Koglin, U., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F. (2013). Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. *Kindheit und Entwicklung*, 22, 113-122.

### Studie 4 (s. Anhang D)

Belhadj Kouider, E., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F. (in revision). Internalizing disorders in migrant and non-migrant children: Analyses in a German health care population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

### Studie 5 (s. Anhang E)

Belhadj Kouider, E., Koglin, U., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F. (2014). Interethnische Analysen der Verteilungen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in einer Inanspruchnahmepopulation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 271-288.

## **Wissenschaftliches Tätigkeitsfeld und Forschungsarbeiten im Rahmen der Promotion**

Das Promotionsvorhaben wurde am Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) an der Universität Bremen realisiert. Schwerpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Klinische Kinderpsychologie, im speziellen die Entwicklungspsychopathologie. Als zentrales Forschungsinteresse galt die systematische Bestandsaufnahme der psychischen Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Es gibt bisher kaum Studien in Deutschland, die Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund differenzierter untersucht haben. Aufgrund dessen wollte die vorliegende Forschungsarbeit immigrierte Kinder und Jugendliche detaillierter betrachten und es sollten Aspekte wie die ethnische Zugehörigkeit der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden. Neben dem Migrationsfokus dieser Forschungsarbeit sollten für internalisierende und externalisierende Störungen, die im Kindes- und Jugendalter am häufigsten auftreten, ebenfalls störungs- oder syndrom-spezifische Risikofaktoren identifiziert werden.

Für die promotionsrelevanten Untersuchungen der beschriebenen Fragestellungen wurde zunächst im Rahmen der wissenschaftlichen Tätigkeit eine intensive systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dies fand einerseits durch manuelle Recherche statt und mit Hilfe von Datenbanken wie Web of science, Psychinfo oder Pubmed. In diesem Kontext wurden zunächst über 2000 potentielle Studien zwischen 2007 und 2013 identifiziert, die systematisch nach geeigneten Ein- und Ausschlusskriterien sortiert wurden, um einen validen Überblick zur Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern zu geben.

Für weitere Untersuchungen der Fragestellungen wurde im Jahr 2012 ein Kooperationsprojekt zwischen dem ZKPR an der Universität Bremen und kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen aus dem Bundesland Bremen (u. a. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Bremen Ost, der öffentliche Gesundheitsdienst im Gesundheitsamt Bremen, Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Diakonie in Bremerhaven) initiiert und koordiniert. Dieses Projekt sollte die Auswertung retrospektiver Versorgungsdaten ermöglichen, die normalerweise zur Qualitätssicherung der Behandlungen angelegt wurden. Im Rahmen der Promotion wurden diese Daten aus den Behandlungsjahren 2005 bis 2012 für den Forschungskontext aufbereitet. Es fanden Übertragungen der einzelnen Jahresmasken in angemessene statistische Datenauswertungsprogramme statt. Außerdem wurde die Erfassung der Behandlungen in den Institutionen über die Jahre an einigen Stellen verändert. Für die Auswer-

tung im Kontext der vorliegenden Forschungsarbeit wurden diese Veränderungen den Erneuerungen angepasst und vereinheitlicht. Um die forschungsrelevanten Fragestellungen hypothesengeleitet zu untersuchen, wurden außerdem doppelte Behandlungsepisoden von Kindern oder Jugendlichen entfernt, um ausschließlich fallorientiert analysieren zu können.

Neben den dissertationsrelevanten Studien wurden weitere Arbeiten im Rahmen der wissenschaftlichen Tätigkeit verfasst. Folgende Arbeiten sind in Vorbereitung, im Gutachterprozess oder bereits erschienen:

- Belhadj Kouider, E., Koglin, U. & Petermann, F. (2014). *Internalisierende Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*. Bochum: 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Verfügbar unter: [http://www.dgpskongress.de/frontend/kukm/media/DGPs\\_2014/DGPs2014\\_Abstractband-final.pdf](http://www.dgpskongress.de/frontend/kukm/media/DGPs_2014/DGPs2014_Abstractband-final.pdf)
- Belhadj Kouider, E., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F. (in Revision). Verteilungen psychischer Störungen und psychosozialer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen einer psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. *Psychiatrische Praxis*.
- Belhadj Kouider, E. & Petermann, F. (unter Begutachtung). Gemeinsame Risikofaktoren von Depression und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: ein systematisches Review aus transdiagnostischer Perspektive. *Fortschritte Neurologie - Psychiatrie*.
- Belhadj Kouider, E. & Petermann, F. (in Vorbereitung). Emotionale und Verhaltensstörungen in der Grundschule. In D. Jahreis (Hrsg.), *Perspektiven Lehramt - Basiswissen Lernschwierigkeiten*. Stuttgart: Raabe.
- Belhadj Kouider, E., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F. (angenommen). Angststörungen bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Risikofaktoren und Behandlungserfolg. *Kindheit und Entwicklung*.
- Biermann, H., Belhadj Kouider, E., Lorenz, A. L., Dupont, M. & Petermann, F. (in Vorbereitung). Der Einfluss des sozialen Umgebungsmilieus auf externalisierende Störungen bei Jugendlichen. Geplant für *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Metz, D., Belhadj Kouider, E., Karpinski, N. & Petermann, F. (2011). Die Validität des Sprachstandserhebungstests für fünf- bis zehnjährige Kinder (SET 5-10): Erste Analysen. *Das Gesundheitswesen*, 73, 637-643.

## Einleitung

Weltweit stieg in den letzten Jahrzehnten der Anteil der Menschen, die aus ihren Heimatländern auswandern. Im internationalen Vergleich wies Deutschland im Jahr 2013 (nach den USA und Russland) mit etwa 10 Millionen Migranten bereits die drittgrößte Einwanderungsrate weltweit auf (United Nations, 2014). Als Migranten werden in der Regel Personen bezeichnet, die in einem anderen Land geboren und von dort ausgewandert sind (vgl. hierzu United Nations, 2014; Vasileva, 2011). In Deutschland hat das Statistische Bundesamt (2013) diesen Begriff erweitert und alle eingewanderten Personen nach 1949 als „Menschen mit Migrationshintergrund“ definiert, auch wenn sie nicht selbst eigene Migrationserfahrungen gemacht haben. Basierend auf dieser Definition liegt in Deutschland im Jahr 2012 der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund bei etwa 34 % (Statistisches Bundesamt, 2013). Für viele Länder Europas oder auch Nordamerikas (besonders USA und Kanada) wird eine weitere Zunahme erwartet (Hernandez, 2010; Schneider et al., 2012). Die Herkunftsländer der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind sehr unterschiedlich, insofern stellen sie in keinem der westlichen Einwanderungsländer eine homogene Gruppe dar (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012; Statistisches Bundesamt, 2013).

Eine Migration und der Prozess der Anpassung an die Lebensbedingungen im Einwanderungsland werden häufig als große Herausforderung wahrgenommen (Machleidt & Heinz, 2011). Der Migrationsprozess und die Art der Bewältigung können Auswirkungen auf die immigrierte Person selbst, aber auch auf die nachfolgenden Generationen haben (Perrera & Ornelas, 2011). Es werden in diesem Kontext vermehrt belastende Aspekte im Alltag von Kindern oder Jugendlichen mit Migrationshintergrund diskutiert (vgl. hierzu u. a. Baumert & Schümer, 2002; El-Mafaalani & Toprak, 2011; Uslucan, 2009; Uslucan, Fuhrer & Mayer, 2005). Viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne einen Migrationshintergrund beispielsweise niedrigere Schulleistungen und geringere Sprachkompetenzen in der Sprache des Einwanderungslandes auf (vgl. hierzu Gogolin & Lange, 2011; Klieme, Jude, Baumert & Prenzel, 2010; Powell & Wagner, 2014). Hinlänglich bekannt ist ebenfalls die Überrepräsentation von Migrantenfamilien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in westlichen Einwanderungsländern (Clauss & Nauck, 2009; Euser, van Ijzendoorn, Prinzie & Bakermans-Kranenburg, 2011; Tienda & Haskins, 2011). Diese und andere Faktoren können als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen gelten (Petermann & Resch, 2013). Die zusätzlichen Belastungen für viele Kinder aus immigrierten Familien werfen die Frage auf, ob bei ihnen in der Konsequenz eine erhöhte

Gefährdung für die Entwicklung psychischer Störungen resultiert. Zusätzlich ist unklar, ob je nach Herkunft eine erhöhte Prävalenz bestimmter psychischer Störungen vorliegt.

Für Deutschland gibt es in diesem Kontext durch das Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) Hinweise auf erhöhte internalisierende sowie externalisierende Symptomausprägungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007; Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer, Mauz & KiGGS Study Group, 2014). Andere Studien berücksichtigen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund wiederum gar nicht (vgl. hierzu Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007) oder es wird nicht genauer nach nationaler, ethnischer, religiöser, sprachlicher oder regionaler Herkunft unterschieden (vgl. hierzu Gaber et al., 2013; Hölling et al., 2007; Hölling et al., 2014). In Deutschland sind weitere Studien zu diesem Themenkomplex mehr als zehn Jahre alt (vgl. hierzu u. a. Schepker, Toker & Eberding, 1999; Schlüter-Müller, 1992; Storch & Poustka, 2000) und fokussieren oft, wenn überhaupt, nur einzelne Migrantengruppen (u. a. Petersen, 2000; Schepker, Toker & Eberding, 1999; Schlüter-Müller, 1992; Uslucan, 2009). Die bisher vorliegenden klinischen Studien zum Migrationskontext im Kindes- und Jugendalter in Deutschland, oder auch anderen westlichen Ländern (vgl. hierzu Steinhausen, Bearth-Carrari & Winkler Metzke, 2009), repräsentieren somit nicht die aktuelle Situation aller Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in ihrer Vielfalt. Im Verhältnis zur stetig steigenden Migrationsrate in vielen westlichen Ländern sind detaillierte Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund immer noch rar.

Daher setzt sich die vorliegende Forschungsarbeit zum Ziel, systematisch die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern darzustellen. Anders als oft üblich wird die Vielfalt der Herkunftsregionen der Kinder und Jugendlichen besonders berücksichtigt. Da in Deutschland die Forschungserkenntnisse in diesem Kontext bisher wenig aussagekräftig sind, wird mit Ergebnissen aus systematischer Literaturrecherche auf die Situation der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Europa und auch Nordamerika eingegangen. Es wird untersucht, ob ein Migrationsstatus oder die jeweilige Ethnie mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Störungen assoziiert werden können und ob Zusammenhänge zu weiteren Risikofaktoren vorliegen. Des Weiteren wird basierend auf entwicklungspsychopathologischen Theorien analysiert, welche störungsspezifischen oder sogar gemeinsamen störungsübergreifenden Risikofaktoren sich für das Kindes- und Jugendalter bestimmen lassen. Im Rahmen einer Kooperation zwischen Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen und dem Zentrum für

Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) an der Universität Bremen wurden hierfür Versorgungsdaten von 2005 bis 2012 aus dem Bundesland Bremen aufbereitet, vereinheitlicht und ausgewertet. Es kann somit zusätzlich auch ein Eindruck gewonnen werden, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund die psychiatrischen Versorgungsinstitutionen ausreichend aufsuchen. Die erzielten Ergebnisse liefern Implikationen für die klinische Praxis mit Kindern und Jugendlichen und geben gleichzeitig neue Ideen für weitere Forschungsfragen, die in Deutschland und vielen anderen westlichen Ländern bisher nur wenig Beachtung finden.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit geht zunächst auf allgemeine entwicklungspsychopathologische Aspekte im Kindes- und Jugendalter ein und vertieft dann migrationspezifische Aspekte. So werden im entwicklungspsychopathologischen Kapitel 1 Wirkmechanismen von Risiko- und Schutzfaktoren und störungsspezifische und transdiagnostische Risikofaktoren vorgestellt. In Kapitel 2 wird in den Themenkomplex der Migration eingeführt, indem unter anderem Ursachen und demographische Entwicklungen der Migration benannt werden. Besondere Berücksichtigung findet hierbei die Situation der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Um der Vielfalt der eingewanderten Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden, wird in Kapitel 3 auf unterschiedliche und länderspezifische kulturelle Orientierungen sowie auf Akkulturationsprozesse von Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen. Es wird außerdem reflektiert, welche Bereiche im Alltag von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hiervon beeinflusst werden können. Da die vorliegende Forschungsarbeit auch eine klinische Inanspruchnahmepopulation untersucht, stellt Kapitel 4 die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland und den aktuellen Forschungsstand für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung vor. In Kapitel 5 werden die Fragestellungen dieser Forschungsarbeit genauer formuliert. Der empirische Teil beschreibt zunächst in Kapitel 6 das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit, das in zwei Schritten erfolgt: systematische Literaturrecherchen und Sekundärdatenanalysen. In Kapitel 7 werden hypothesengeleitet die grundlegenden Ergebnisse aufgeführt. In Kapitel 8 werden diese vielfältigen Ergebnisse miteinander in Beziehung gesetzt und diskutiert. Abschließend werden Implikationen für weitere Forschungsfragen und für die klinische Praxis gegeben.

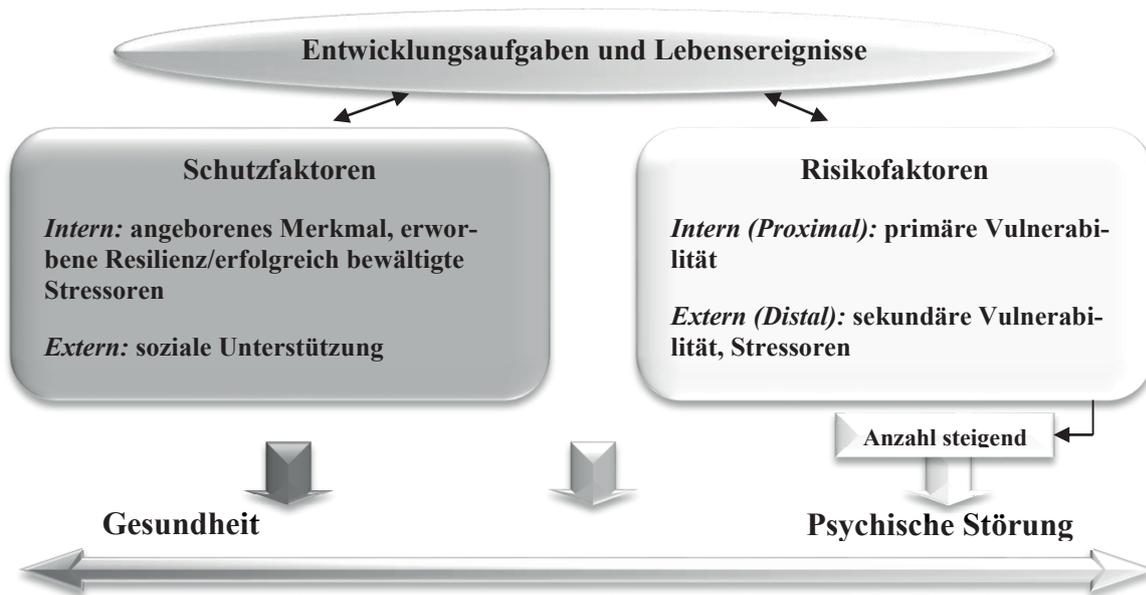
## 1. Entwicklungspsychopathologische Aspekte in der Kindheit

Die vorliegende Arbeit möchte psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen untersuchen, unter besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen bei Betroffenen mit Migrationshintergrund. Um mögliche Vulnerabilitäten dieser Kinder einordnen zu können, wird zunächst definiert, welche Faktoren generell zu psychischen Erkrankungen führen. Psychische Erkrankungen in der Kindheit sind häufig von unterschiedlichen Bedingungen beeinflusst. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegt bei etwa 19-25 % (Costello & Erkanli, 2006; In-Albon, 2012; Merinkangas, Nakamura & Kessler, 2009). Dem biopsychosozialen Modell entsprechend prägen biologische, psychologische und soziale Voraussetzungen die Entwicklung eines Kindes. Die biologischen Faktoren können bereits stark variieren. Es lassen sich hierunter neurobiologische Funktionen, genetische Prädispositionen oder auch motorische Fertigkeiten subsummieren (Bastine, 2005; Petermann & Resch, 2013; Zabransky, 2006). Biologische Risiken können bereits in früher Kindheit vorliegen, wenn beispielsweise in der Schwangerschaft geraucht wurde oder die Geburt mit großen Komplikationen verlief (Koglin & Petermann, 2013). Für viele psychische Störungen wird außerdem ein genetischer Einfluss angenommen, der durch psychosoziale Faktoren moderiert wird (Buckholz & Meyer-Lindenberg, 2012; Petermann & Resch, 2013). Maier und Wagner (2005) weisen in diesem Kontext auf eine Gen-Umwelt-Interaktion hin (aktiv, passiv oder reaktiv). Die überzufällige Häufung psychischer Krankheiten in Familien kann beispielsweise eine genetische Prädisposition darstellen (Petermann & Resch, 2013). Die epigenetische Perspektive zeigt aber auch auf, dass der genetische Einfluss auf die psychische Entwicklung keine Konstanz aufweist und sich in spezifischen Entwicklungsphasen (je nach Erfahrungen oder Schutz- oder Risikofaktoren) unterschiedlich entwickeln kann (Beauchaine et al., 2013; Beauchaine & McNulty, 2013; Schmidt, Petermann & Schipper, 2012). Des Weiteren prägen psychische Aspekte wie kognitive und affektive Komponenten die Entwicklung eines Kindes. Ein schwieriges Temperament oder eine unzureichende Emotionsregulation kann somit die negative Entwicklung eines Kindes begünstigen (Kullik & Petermann, 2012; Moffitt et al., 2010; Petermann & Resch, 2013). Gleichzeitig sind soziale Umgebungsbedingungen, wie die schulische oder die familiäre Situation, aber auch kulturelle Hintergründe als Einflussfaktoren auf die psychische Befindlichkeit eines Kindes zu definieren. Finanzielle Probleme, eine geringe Bildung, schulische Schwierigkeiten oder auch eine psychische Erkrankung der Eltern können für Kinder belastend sein und die Gefahr einer psychischen Erkrankung erhöhen (Cicchetti & Banny, 2014; Petermann & Resch, 2013).

### 1.1. Wirkmechanismen von Risiko- und Schutzfaktoren

Liegen solche belastenden biologischen, psychischen oder auch sozialen Bedingungen bei einem Kind vor, wird die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychischen Erkrankung erhöht und diese Faktoren können somit als Risikofaktoren bestimmt werden. Gleichzeitig können schützende Faktoren bei einem Kind vorhanden sein, die die Wirkung der Risikofaktoren mildern und die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung reduzieren (Felner & DeVries, 2013; Petermann & Resch, 2013). Dazu zählen beispielsweise angeborene Merkmale wie hohe Intelligenz, gute Copingstrategien oder ein positives familiäres Netz (Felner & DeVries, 2013; Koglin & Petermann, 2013; Petermann & Resch, 2013).

Die Wirkung der Faktoren kann variieren: Angeborene Merkmale bewirken eine stärkere (primäre) Vulnerabilität (proximale Faktoren), negative Umweltfaktoren können wiederum eine sekundäre Vulnerabilität verursachen (distale Faktoren; Bastine, 2005; Schneider & Margraf, 2009). Nach Noeker und Petermann (2008) stellen bei Kindern besonders Entwicklungsübergänge wie die Einschulung Phasen erhöhter Vulnerabilität dar. Einige dieser Bedingungen wie ein Schulwechsel nach der Grundschule sind für eine spezifische Altersgruppe gleich, während andere wie das Einsetzen der Pubertät voneinander abweichen können. Beim Auftreten eines Entwicklungsüberganges in Zusammenhang mit weiteren Herausforderungen kann die Vulnerabilität eines Kindes oder Jugendlichen zusätzlich erhöht sein (Bastine, 2005; Noeker & Petermann, 2008; Petermann & Resch, 2013). Zudem wird zunehmend eine Perspektive diskutiert, die davon ausgeht, dass es grundlegende Risikofaktoren wie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, belastende Lebensereignisse o. ä. gibt, die multifinal eine Vulnerabilität für psychische Störungen erhöhen können, unabhängig davon für welche Störung (transdiagnostischer Ansatz; Chu, 2012). Die Entstehung psychischer Störungen ist allerdings nicht nur von der Art (qualitativ) belastender Risikofaktoren abhängig, sondern vorrangig von ihrer Anzahl (quantitativ; Rutter, 2002). Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer pathologisch relevanten psychischen Störung steigt im Vergleich von einem vorliegenden Belastungsfaktor zu zwei Risikofaktoren um das Vierfache an, von einem zu vier Faktoren um das Zehnfache (Rutter, 2002; Rutter, Tizard, Yule, Graham & Whitmore, 1976). Die Wirkung kann zudem interaktiv sein, denn Belastungen können auf eine Person einwirken, aber ebenso umgekehrt: Eine Anpassung und Reaktion auf Belastungen kann Umgebungsfaktoren beeinflussen und diese Anpassung sowie die Umgebungsfaktoren können sich je nach Begebenheit, Bedeutung, Zeit und Erfahrung verändern (Bastine, 2005).



**Abbildung 1.** Entwicklungspsychopathologie psychischer Störungen (modifiziert nach Antonovsky, 1979; Petermann & Resch, 2013; Rutter, Tizard, Yule, Graham & Whitmore, 1976)

Um die verschiedenen und vielfältigen Einflüsse auf die psychische Befindlichkeit zu verdeutlichen, bildet Abbildung 1 zusammenfassend die Dynamik von Schutz- und Risikofaktoren ab. Die Schutzfaktoren sind in Abbildung 1 durch unterschiedliche Merkmale dargestellt: interne wie angeborene oder erworbene Eigenschaften und externe wie soziale Unterstützung durch beispielsweise Familie oder Freunde. Stressoren stellen wiederum einen externen Risikofaktor dar, eine erhöhte Sensibilität einen internen Risikofaktor. Wird ein Stressor allerdings erfolgreich bewältigt, kann diese Erfahrung die Resilienz erhöhen und als Schutzfaktor interpretiert werden. Steigt die Anzahl der Risikofaktoren, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung. Risiko- und Schutzfaktoren, werden von Entwicklungsaufgaben und Lebensereignissen beeinflusst. So kann beispielsweise eine negative Erfahrung ein Lebensereignis darstellen, das als Stressor wirkt. Besteht bei einem Kind allerdings eine gute familiäre Unterstützung, kann ein Kind mit diesen Herausforderungen positiv umgehen (bspw. unterschiedliche Strategien einsetzen für einen verbesserten Umgang mit der Situation). Die Resilienz kann nach diesen Erfahrungen und ihrer Bewältigung erhöht sein. Liegen diese Schutzfaktoren nicht vor, kann die Vulnerabilität erhöht sein. Dieselben schwierigen Lebensereignisse können somit bei Kindern (je nach vorhandenen Ressourcen) unterschiedlich wirken und Risiko- und Schutzfaktoren interagieren miteinander (Antonovsky, 1979; Petermann & Resch, 2013; Rutter et al., 1976). Die epigenetische Perspektive verweist außerdem noch auf mögliche Veränderungen der Gene aufgrund von starker Belastungen (Beauchaine

et al., 2013). Im Sinne des transdiagnostischen Ansatzes könnte hinzugefügt werden, dass gemeinsame Risikofaktoren unterschiedlicher Störungen eine besonders hohe Relevanz in der Ätiologie psychischer Störungen aufweisen können, stärker als rein störungsspezifische Faktoren (Chu, 2012; Ehrenreich-May & Chu, 2014).

## 1.2. Transdiagnostische Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter

Die zuvor aufgeführten Wirkmechanismen der Risikofaktoren gelten allgemein für psychische Erkrankungen. Es werden neben dem transdiagnostischen Ansatz auch störungsspezifische Risikofaktoren angenommen, die die Entwicklung einer bestimmten Symptomatik erhöhen können. So wird beispielsweise das Temperamentsmerkmal ‚Verhaltenshemmung‘ auch als störungsspezifischer Risikofaktor für die soziale Phobie diskutiert (Clauss & Blackford, 2012). Die vorliegende Forschungsarbeit fokussiert aber störungsübergreifend besonders die Gruppen der internalisierenden und externalisierenden Störungen, da sie die meisten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter repräsentieren (vgl. hierzu Costello, Egger & Angold, 2004; Keren & Tyano, 2006; Rowe, Costello, Angold, Copeland & Maughan, 2010). Für diese Störungsgruppen werden die jeweiligen gemeinsamen Risikofaktoren vorgestellt. Risikofaktoren können sich individuell und auch bei einer bestimmten psychischen Störung innerhalb der Störungsgruppen unterscheiden, aber es werden im Folgenden Risikofaktoren aufgeführt, die zusammenfassend (transdiagnostisch) für diese Störungsgruppen den derzeitigen entwicklungspsychopathologischen Forschungsstand wiedergeben.

*Internalisierende Störungen.* Die internalisierenden Störungen, auch bezeichnet als emotionale Störungen, sind gekennzeichnet durch eine Symptomatik, bei der Kinder oder Jugendliche die Neigung aufweisen ihre Probleme oder ihren Stress oft nicht nach außen zu tragen und mitzuteilen. Betroffene Kinder und Jugendliche richten somit ihre Gefühle viel nach innen, verhalten sich in Interaktionen häufig eher passiv und ihre Symptomatik bleibt (im Vergleich zu externalisierendem Verhalten) leichter verborgen (Dobson & Dozois, 2008; Groen & Petermann, 2011). Diese Störungsgruppe subsummiert die affektiven Störungen und alle Angst- und Zwangsstörungen (Achenbach, 1991; Cosgrove et al., 2011; Goldberg, Krueger, Andrews & Hobbs, 2009). Es wird auch diskutiert, dass psychosomatische Störungen bei den internalisierenden Störungen kategorisiert werden können (Cosgrove et al., 2011). Je nach Studie und je nach Alter der Kinder oder Jugendlichen schwanken die Lebenszeitprävalenzen stark und liegen zwischen 4 und 16 %; bei Jugendlichen ist die Prävalenz tendenziell höher als bei jüngeren Kindern (Costello, Egger & Angold, 2004; Keren & Tyano, 2006; Hölling et

al., 2014; Ravens-Sieberer et al., 2007). Emotionale Schwierigkeiten wie gedrückte und gedämpfte Stimmungen oder Vermeidungsverhalten sind bei der internalisierenden Symptomatik im Vordergrund (Laskey & Cartwright-Hatton, 2012). Als Risikofaktoren für internalisierende Störungen gelten biologische Einflüsse wie Verhaltenshemmung, Schüchternheit, genetische Labilität, das weibliche Geschlecht und eine ausgeprägte negative Affektivität (Cosgrove et al., 2011; Epkins & Heckler, 2011; Dobson & Dozois, 2008). Als familiäre Risikofaktoren können Eltern mit Angststörungen oder Depressionen benannt werden, aber auch unsichere Bindungen, elterliche Zurückweisung, geringe elterliche Zuneigung, Familienkonflikte oder überbehütendes Erziehungsverhalten der Eltern (Epkins & Heckler, 2011; Pahl, Barrett & Gullo, 2012). Soziale Risikofaktoren können soziale Isolation/Ausschluss aus der Peer-Group oder Mobbing-Erfahrungen sein (Epkins & Heckler, 2011). Zusätzlich lassen sich psychische Komponenten benennen, die das Risiko für die Entwicklung internalisierender Störungen erhöhen können. Hierzu gehören dysfunktionale kognitive Schemata wie intensives Grübeln oder Sorgen machen, Pessimismus, geringe soziale Kompetenzen oder eine geringe Selbstwirksamkeit (Essex, Klein, Slatterly, Goldsmith & Kalin, 2010; Epkins & Heckler, 2011; Dobson & Dozois, 2008).

*Externalisierende Störungen.* Im Gegensatz zu den internalisierenden Störungen zeichnen sich die externalisierenden Störungen durch Verhalten und Gefühle aus, die stark nach außen gerichtet werden. Bei dieser Störungsgruppe stehen aggressive, impulsive oder unaufmerksame Verhaltensweisen im Vordergrund (Cicchetti & Toth, 2014). Sie subsumiert Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsstörungen (Achenbach, 1991) und vermehrt auch psychische Störungen, die verursacht sind durch Substanzmissbrauch (Cosgrove et al., 2011). Die Lebenszeitprävalenz externalisierender Störungen wird zwischen 7 und 19 % berichtet (Grassl, Friedrich & Steiner, 2013; Merinkangas et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2007). Als störungsspezifische Risikofaktoren für externalisierende Störungen werden das männliche Geschlecht, niedrige Intelligenz, Sprachentwicklungsstörungen, ein niedriger sozioökonomischer Status, ein geringes Bildungsniveau der Eltern, Rauchen während der Schwangerschaft und kontrollierendes, inkonsequentes oder besonders strenges Erziehungsverhalten der Eltern diskutiert (Campbell, Spieker, Vandergrift, Belsky & Burchinal, 2010; Dionne, Tremblay, Boivin, Laplante & Perusse, 2003; Kanne & Mazurek, 2011; Sagiv, Epstein, Bellinger & Korrick, 2013; Tremblay, 2000). Oppositionelles Trotzverhalten oder geringe sozial-emotionale Kompetenzen von Kindern oder Jugendlichen erhöhen ebenfalls das Risiko eine externalisierende Störung zu entwickeln (Mandy, Skuse, Steer, Pourcain & Oliver, 2013). Dasselbe gilt für Kinder oder Jugendliche, die in einer schwierigen Umgebung

wie einer Nachbarschaft mit hoher Kriminalität oder geringem so-zioökonomischem Status leben (Schofield et al., 2012). Die meisten der aufgeführten Faktoren stellen somit keine genetischen/biologischen Komponenten dar, sondern vermehrt familiäre oder Umweltfaktoren, die als Risikofaktoren für externalisierende Störungen interpretiert werden können. Allerdings wird in der Ätiologie der Aufmerksamkeitsstörungen (störungsspezifisch) mehr von genetischen Ursachen (wie Defiziten im dopaminergen oder noradrenergen System) ausgegangen als bei beispielsweise oppositionellen Störungen des Sozialverhaltens (Lahey & Waldman, 2012; Poelmans, Pauls, Buitelaar & Franke, 2011).

## **2. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund**

Neben diesen unterschiedlichen Faktoren, die die Entwicklung und Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen beeinflussen, finden in der vorliegenden Forschungsarbeit Kinder und Jugendliche eine besondere Berücksichtigung, die einen Migrationshintergrund aufweisen. Für das Verständnis eines Migrationshintergrundes oder einer Migration soll zunächst in die Begrifflichkeiten eingeführt werden, da international unterschiedliche Definitionen verwendet werden.

### **2.1. Definition Migrationshintergrund**

Der Begriff ‚Migration‘ kommt von lateinisch ‚migrare‘ und bedeutet ‚wandern‘ oder ‚wegziehen‘. Hierunter wird eine Wanderung in Gruppen oder auch individuell verstanden, die im geografischen Raum, aber auch sozial stattfinden kann. In der Regel werden Staatsgrenzen und somit oft auch kulturelle oder rechtliche Grenzen überschritten. Diese Art der Migration kann auch als Außenmigration bezeichnet werden, während im Gegensatz dazu die Innenmigration regionale Umzüge innerhalb eines Landes beschreibt, beispielsweise aus ländlichen Gebieten in Städte (Viernickel & Völkel, 2009; Wiater, 2009).

In den USA unterscheidet ein Migrationsstatus (immigrant status) zunächst zwischen Personen, die dauerhaft oder nicht dauerhaft in den Vereinigten Staaten leben (Berkeley International Office, 2013). Der europäischen oder auch deutschen Begrifflichkeit entsprechend wird unter einem ‚migrant‘ in den USA jemand verstanden, der im Ausland geboren ist (‚foreign born‘; United States Census Bureau, 2013). Die europäische Kommission definiert unter einem Migrationsstatus einerseits die ausländische Staatsangehörigkeit und ein anderes Geburtsland und sie legt einen Migrationsstatus für die erste und zweite Generation fest. Die erste Generation beschreibt Menschen, die selbst eingewandert sind, die zweite Generation ist bereits im Einwanderungsland der Eltern geboren (Vasileva, 2011).

In Deutschland integriert das Statistische Bundesamt (2012; 2013) bei einem Migrationsstatus Angaben über persönliche Merkmale und über Merkmale der Eltern: Angaben zum Zeitpunkt der Einwanderung, zur Einbürgerung oder der Staatszugehörigkeit. Anders als durch die europäische Kommission wird in Deutschland die Zuwanderung erst ab einem bestimmten Zeitpunkt festgelegt: zugewanderte Menschen nach 1949 und ihre Nachkommen werden als Menschen mit Migrationshintergrund definiert. Das Statistische Bundesamt grenzt hierbei jeweils die erste Generation von den nachfolgenden Generationen (zweite und höher) ab. Die erste Generation beschreibt Personen, die selbst eingewandert sind, die zweite Generation Personen, bei denen die Eltern eingewandert sind. Zudem wird ein Migrationshintergrund seit 2005 im engeren und im weiteren Sinne beschrieben. Personen, die aus dem Ausland zugewandert oder als Ausländer in Deutschland geboren sind, gelten als Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne. Dieser Beschreibung entsprechen ebenfalls Personen, die eine deutsche Staatsangehörigkeit von Geburt an besitzen und mit mindestens einem aus dem Ausland zugezogenen Elternteil in einem Haushalt leben. Als mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne werden Menschen verstanden, wenn sie ausländische Wurzeln haben, die deutsche Staatsangehörigkeit von Geburt an besitzen und nicht bei ihren Eltern leben (z. B. adoptierte Kinder; Statistisches Bundesamt, 2012; 2013).

## **2.2. Ursachen für eine Migration**

Gründe für eine Migration können unterschiedlich sein. Es kann sich um eine Arbeitsmigration, politische Flucht oder auch Familienzusammenführung handeln (Viernickel & Völkel, 2009). Weltweit lebten im Jahr 2013 etwa 3.2 % der Weltbevölkerung (um die 232 Millionen Menschen) nicht in den Ländern, in denen sie geboren sind (United Nations, 2014). Trotz schlechter Lebensbedingungen bleiben somit viele Menschen tendenziell in ihren Heimatländern. In vielen Fällen kommt es somit erst bei sehr hohem Leidensdruck zur Auswanderung. Häufig existieren familiäre oder ethnische Beziehungen in das Einwanderungsland. Die jährliche Neuzuwanderung unterliegt Schätzungen, aber es kann festgehalten werden, dass die Mehrheit in die entwickelten Industriestaaten migrieren (Bundeszentrale für politische Bildung, 2014). Meistens entsteht die Intention für eine Migration aus mehreren Abwägungen. Zur Auswanderung führen politische, sozio-kulturelle, ökonomische, demografische und auch ökologische Faktoren. Es existieren einerseits treibende Faktoren („push factors“) wie Armut oder Krieg, andererseits Sogfaktoren („pull factors“) wie bessere ökonomische Lebensbedingungen, die zur Entscheidung einer Migration führen können (Bundeszentrale für politische Bildung, 2014). Die vorliegende Forschungsarbeit fokussiert Kinder und Jugendliche mit

Migrationshintergrund. In diesem Kontext ist zu betonen, dass es meist die Eltern und nicht die Kinder sind, die die Entscheidung zur Migration treffen und somit den Leidensdruck im Herkunftsland empfinden (Ryan & Sales, 2011).

*Entwicklung der Migration in Deutschland.* Da die vorliegende Forschungsarbeit in den Sekundärdatenanalysen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland untersucht, soll im Folgenden auf die Migrationsgeschichte der letzten Jahrzehnte eingegangen werden. Im Verlauf der sich schnell entwickelnden Industrialisierung und zunehmendem Mangel an Arbeitskräften ist nach 1949 die Zuwanderung nach Deutschland geprägt durch die Arbeitszuwanderung aus den Mittelmeerländern Italien, Griechenland, Spanien und Portugal, aber im Besonderen der Türkei. Es wurde zunächst davon ausgegangen, dass der Aufenthalt der so genannten ‚Gastarbeiter‘ in den 50’er und 60’er Jahren nur eine Zeitperiode anhalten würde und die Arbeiter in ihre Herkunftsländer zurückkehren würden. Ab den Jahren 1966/1967 gab es einen Anwerbestopp und zunächst einen Rückgang der Zuwanderung. In der Deutschen Demokratischen Republik wurden ähnlich wie in der Bundesrepublik so genannte Industriearbeiter (z. B. aus Vietnam) angeworben. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich die Zuwanderung nach Deutschland allerdings stark verändert und ist geprägt von Flüchtlingen aus der ganzen Welt, der Familienzusammenführung schon in Deutschland lebender Migranten oder auch zurückkehrenden Deutschen aus der ehemaligen Sowjetunion (Riemer & Müller, 2010). Seit 1995 migrieren wiederum mehrheitlich Menschen aus den Osteuropäischen Ländern Polen, Rumänien, Bulgarien und Ungarn nach Deutschland und die Zuwanderung aus der Türkei und Russland ist stark zurückgegangen. Deutschland gilt im weltweiten Vergleich derzeit als Einwanderungsland (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012).

Kinder oder Jugendliche mit Migrationshintergrund wandern in der Mehrzahl aus sozialen oder ökonomischen Gründen mit ihren Familien ein (Dogra, Karim & Ronzoni, 2011). Diese Forschungsarbeit bezieht sich besonders auf diese Migrantengruppe. Diese Kinder und Jugendlichen sind mehrheitlich in Deutschland geboren und somit Kinder oder Jugendliche der zweiten oder dritten Generation. Nur 14 % dieser Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben eigene Migrationserfahrungen gemacht (Angaben aus dem Jahr 2009; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010). Auch wenn die vorliegende Forschungsarbeit diese nicht spezifisch fokussiert, wird darauf hingewiesen, dass in vielen westlichen Ländern derzeit eine steigende Anzahl an Flüchtlingskindern zu verzeichnen ist, meistens in Begleitung von Familienmitgliedern, doch mehrfach auch unbegleitet (Dogra, Karim & Ronzoni, 2011). So hat sich beispielsweise die Zahl der unbegleiteten minderjährigen

Flüchtlinge in Hamburg im Jahr 2009 im Gegensatz zum Vorjahr verdoppelt (Müller, Fuhrmann & Püschel, 2011).

### **2.3. Demographische Entwicklung der Migration in Deutschland, Europa und Nordamerika**

Die vorliegende Forschungsarbeit betrachtet Kinder und Jugendliche mit besonderer Berücksichtigung in Deutschland, aber überblicksartig auch in Nordamerika und Europa. Die weltweite Migration verteilt sich allerdings sehr unterschiedlich (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012). Aufgrund dessen wird im Folgenden auf die derzeitige demographische Entwicklung der Migration in Nordamerika, Europa und im speziellen in Deutschland eingegangen.

*Migration in Nordamerika und Europa.* Die Migration nach Amerika hat bereits eine lange Tradition. Trotzdem hat die Migration in Länder wie in die USA oder Kanada auch in den letzten Jahren weiter zugenommen (Cunningham, Ruben & Narayan, 2008; National Household Survey, 2011). Etwa 14% (40 Millionen) der Gesamtbevölkerung in den USA sind im Jahr 2012 in einem anderen Land geboren und sind somit Einwanderer in der ersten Generation (United States Census Bureau, 2013). In Kanada kann sogar der höchste Anteil an Migranten in den größten Industrienationen der Welt verzeichnet werden. Dort sind 21% der Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 (6.8 Millionen) im Ausland geboren (National Household Survey, 2011). In vielen europäischen Ländern überwog in der Vergangenheit die Anzahl der auswandernden Menschen. Durch die verstärkte Zunahme der Einwanderung in den letzten Jahrzehnten haben sich in vielen Ländern Europas die Gesellschaftsstrukturen verändert und der Umgang mit immigrierten Menschen stellt eine wachsende Herausforderung für die Aufnahmegesellschaften dar (Bundeszentrale für politische Bildung, 2013; Kerr & Kerr, 2011). Innerhalb der 28 Staaten der Europäischen Union leben 9.4% (47.3 Millionen) der Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 mit ausländischen Wurzeln in Europa, hiervon sind etwa 31.3 Millionen nicht in einem EU-Staat geboren, 16.0 Millionen kommen aus einem anderen EU-Staat. Innerhalb der europäischen Länder unterscheidet sich der Migrationszufluss jedoch stark. Während in Luxemburg im Jahr 2010 ein Anteil von 38% der Gesamtbevölkerung im Ausland geboren ist, sind es in den Niederlanden 12.1%, in Polen wiederum nur 1%. In Deutschland ist ein Anteil von 12% der Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 im Ausland geboren (Vasileva, 2011). Werden jedoch die weiteren Generationen hinzugezogen, leben laut Statistischem Bundesamt (2013) im Jahr 2012 etwa 16 Millionen (20%) Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dieser Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund ist seit dem Jahr 2005

um 8.5% gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2013). Auffällig ist, dass sich demographische Verteilungen bei Familien mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden und sich somit für Kinder und Jugendliche abweichende Lebenssituationen im sozialen Umfeld ergeben können. Bei den Familien mit Migrationshintergrund leben im Jahr 2010 in Deutschland anteilig 80% verheiratete Eltern, 14% Alleinerziehende, 5% in Lebensgemeinschaften. Bei Familien ohne Migrationshintergrund liegt die Verteilung bei 69% Ehepaaren, 21% Alleinerziehenden und 10% Lebensgemeinschaften. Es scheint somit bei immigrierten Familien im Vergleich zu Familien ohne Migrationshintergrund eine stärkere Orientierung an traditionellen Werten vorzuliegen (Statistisches Bundesamt, 2012; 2013). Nauck (2007) betont ebenfalls, dass die Migration zu einem stärkeren Familienzusammenhalt und intensiveren Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern führen kann.

*Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.* Die zuvor beschriebenen Anteile der Gesamtbevölkerung geben einen Überblick über die derzeitige Anzahl der Migranten in Europa und Nordamerika. Die Zahlen für Kinder und Jugendliche im Vergleich zur gesamten Gruppe der Gleichaltrigen weichen allerdings ab. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland bereits bei 31% (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010) und ist weiterhin zunehmend. Im Jahr 2012 lag dieser Anteil beispielsweise bereits bei etwa 34% (Statistisches Bundesamt, 2013). In einigen Städten in Deutschland ist dieser Anteil bei Kindern und Jugendlichen noch höher, im Bundesland Bremen leben im Jahr 2010 beispielsweise etwa 45% mit einem Migrationshintergrund (Senatorin für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit, 2012). Hernandez (2010) beschreibt auch für andere Länder einen größeren Anteil an Kindern und Jugendlichen als in der Gesamtbevölkerung (hier erste Generation = foreign born): So weisen in den Niederlande bereits 22% der Kinder und Jugendlichen im Jahr 2009 einen Migrationshintergrund auf, in Frankreich 17%, in Großbritannien 18 %, in der Schweiz sogar 39% und in den USA 24%. Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund leben bereits in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland oder auch Europa (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010; Schneider, Fokkema, Matias, Stojčić, Ugrina & Vera-Larrucea, 2012). Zudem gibt es viele binationale Ehen mit jeweils einem deutschen und einem immigrierten Elternteil. Im Jahr 2009 haben in Deutschland beispielsweise etwa 54 % aller Kinder mit Migrationshintergrund nur einen Elternteil, der immigriert ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010).

#### **2.4. Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland**

Die vorliegende Forschungsarbeit untersucht die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, mit besonderem Fokus auf Kinder in Deutschland. Um die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit angemessen einordnen zu können, sollten die Lebensbedingungen von diesen Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. In Deutschland weisen beispielsweise viele Eltern mit Migrationshintergrund vergleichbar gute berufliche Qualifikationen wie Eltern ohne einen Migrationshintergrund auf, aber die Zugangschancen auf dem Arbeitsmarkt sind wesentlich schlechter (Seifert, 2007). Im Jahr 2005 lagen um die Hälfte der Haushalte von Familien mit Migrationshintergrund in der untersten Einkommensschicht (vgl. hierzu Clauss & Nauck, 2009). Im Jahr 2009 wiesen wiederum 45% der Familien in Deutschland mit Armutsgefährdung einen Migrationshintergrund auf (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010). Neben dem niedrigen sozioökonomischen Status vieler Migrantenfamilien werden seit einigen Jahren vermehrt auch die geringen Sprachkompetenzen von Kindern mit Migrationshintergrund in der deutschen Sprache diskutiert (Gogolin & Lange, 2011; Klieme, Jude, Baumert & Prenzel, 2010; Metz, Belhadj Kouider, Karpinski & Petermann, 2011). Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund nach wie vor unterrepräsentiert sind unter den Jugendlichen mit höheren Schulabschlüssen (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012). An Förderschulen sind sie wiederum überrepräsentiert (trotz vieler Fördermaßnahmen und der schulischen Veränderungen durch die Inklusion; Powell & Wagner, 2014). In vielen Großstädten gibt es Stadtteile, in denen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund oft nur untereinander leben und wenig Kontakt zu Kindern oder Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund haben, da in Ballungsstadtteilen der Anteil dieser Kinder bei bis zu 95% liegen kann (Brinkmann & Marschke, 2011; Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012).

### **3. Kultur als Einfluss auf die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter**

Neben diesen zuvor benannten Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sollten weitere Aspekte bedacht werden. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leben in ihrem Alltag neben den Werten und Normen des Einwanderungslandes auch mit kulturellen Werteorientierungen, die geprägt sind von den Heimatländern ihrer Eltern oder Großeltern. Neben den bisher aufgeführten Risiko- oder Schutzfaktoren psychischer Erkrankungen können sich somit möglicherweise unterschiedliche kulturelle Wert-

und Normvorstellungen auf die psychische Befindlichkeit von Kindern auswirken. Um klinische Befunde angemessen einordnen zu können, sollten somit interkulturelle Aspekte berücksichtigt werden.

### 3.1. Einführung in Kulturdefinitionen

*Begriffsbestimmungen.* Chiu und Hong (2010) beschreiben Kultur als gemeinschaftliche/gesellschaftliche Verhaltensprägung, die einerseits die Wahrnehmung der Lebenswelt und andererseits die Anpassung von Menschen an die Umwelt bestimmt. Thomas (1999) beschreibt, dass individuelle Verhaltensmuster in Abhängigkeit zur Akzeptanz der Mehrheitsgesellschaft entwickelt werden. Hofstede (2001) geht dann weiterführend auf Unterschiede ein, indem er spezifische Denk-, Fühl- und Handlungsmuster festlegt, die eine bestimmte Kultur charakterisieren können und sich somit von anderen Kulturen abgrenzen. Gleichzeitig kann eine individuelle Verhaltensweise von der Mehrheit einer Gesellschaft, dem Kollektiv, abweichen und somit zu einer Heterogenität innerhalb eines Kollektivs führen. Der Begriff ‚Kollektiv‘ beschreibt immer eine soziale Gemeinschaft (Thomas, 1999). Nun ergibt sich die Frage, woran Grenzen von Gemeinschaften festzumachen sind. Es können Ländergrenzen verwendet werden (Hofstede, 2001; 2011), aber auch religiöse, politische oder der gemeinsamen Sprache nach länderübergreifende Gemeinschaften beschrieben werden (Chiu & Hong, 2010; Thomas & Utler, 2013). Die vorliegende Forschungsarbeit verwendet zwei unterschiedliche Kollektive: die der Landesgrenzen, die als ‚Gesellschaft‘ beschrieben werden, und eine Einteilung nach ethnischer Herkunft. Ethnien grenzen sich nach Comaroff und Comaroff (2009) als Kollektiv ebenfalls von anderen ab und definieren sich meist aus einer gemeinsamen Historie heraus als eine Gemeinschaft, die politische, religiöse, historische oder sprachliche Gemeinsamkeiten/Wurzeln aufweisen können.

*Kollektives Verhalten.* Unter Beschreibungen von kollektivem Verhalten werden alltägliche Verhaltensweisen verstanden: von Essensritualen, emotionalen Reaktionen, sozialen Interaktionen, sexuellen Verhaltensweisen bis hin zu hygienischen Ritualen (Hofstede, 2001; 2011). Neben vererbten Komponenten geht Hofstede (2001) davon aus, dass viele Verhaltensweisen bereits in der frühen Kindheit erlernt werden. Diese sind meist automatisiert und werden häufig wenig in Frage gestellt (Reimer, 2005). Thomas (1996) weist zusätzlich darauf hin, dass Verhaltensweisen stark durch die Gesellschaft beeinflusst werden und sich somit ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschaft oder Gemeinschaft verstärken kann.

### 3.2. Kulturdimensionen als Einschätzung gesellschaftlicher Normen

Nach der näheren Beschreibung des Kulturbegriffes stellt sich nun die Frage, inwiefern Kulturen voneinander zu unterscheiden sind und ob die beobachtbaren Anteile gemessen werden können. Der Sozialpsychologe Geert Hofstede (2001) hat hierzu grundlegende Kulturdimensionen und Kulturebenen festlegen können. Die Ebenen sind zunächst allgemeine Einteilungen von unterschiedlichen Lebensbereichen, die das Zugehörigkeitsgefühl von Menschen bestimmen können: die Nationalität, regionale oder ethnische Zugehörigkeiten, das Geschlecht, die Generation, die soziale Klasse und dann die der Arbeitsorganisation (Hofstede, 2001). Die in Tabelle 1 aufgeführten Kulturdimensionen nach Hofstede (2001; 2011) gehen im Gegensatz zu den Kulturebenen auf spezifische Bereiche innerhalb einer Gesellschaft ein. Die Dimensionen beziehen sich auf gesellschaftliche Bedingungen, die nicht nur ein Zugehörigkeitsgefühl, sondern das Verhalten von Menschen prägen und beeinflussen können (Hofstede 2001; 2011; Hofstede & Hofstede, 2010).

**Tabelle 1.** 6-Faktoren-Modell der Kulturdimensionen nach Hofstede (2001; 2011)

Kulturdimension	Beschreibung
<b>Individualismus (versus Kollektivismus)</b>	<i>Beziehungen innerhalb der Gesellschaft:</i> Je nach Ausprägung ist jemand eher eigenständig/ungefestigt oder in engen Beziehungen zu anderen eingebunden. Herrschen in einer Gesellschaft kollektivere Elemente vor, sind vermehrt Großfamilienstrukturen vorzufinden. In individualistischen Gesellschaften, bei denen Autonomie des Einzelnen höhere Wertschätzung erfährt, bestimmen auf der familiären Ebene eher Kernfamilien mit Eltern und Kind den Alltag.
<b>Machtdistanz</b>	<i>Verteilungen in einer Gesellschaft:</i> Als Beispiele können Wohlstand, Prestige und Macht benannt werden. In Kulturen, in denen eine hohe Machtdistanz vorhanden ist, werden eher Machtgefälle zwischen Angestellten und Vorgesetzten akzeptiert/erwartet. In Gesellschaften mit niedriger Ausprägung gibt es ein höheres Mitspracherecht und stärkere Entscheidungsbefugnisse von Angestellten.
<b>Unsicherheitsvermeidung</b>	<i>Umgang mit ungewissen oder zukünftigen Komponenten im Alltag:</i> Rituelle oder religiöse Praktiken, mit denen versucht wird ein Regelsystem zu erstellen. Es soll eine Verbindlichkeit für die Gesellschaft hergestellt werden und unvorhersehbare Situationen im Zusammenleben minimieren (Beispiel: hohe Unsicherheitsvermeidung, wenn eine lange Arbeitsdauer ohne häufigen Arbeitsplatzwechsel angestrebt wird; gering, wenn höhere Risikobereitschaft).
<b>Maskulinität (versus Feminität)</b>	<i>Werte innerhalb einer Kultur:</i> Die Maskulinität umfasst Aspekte wie Karriere, Wettbewerb und Verdienst. Im Gegensatz dazu bezieht sich der andere feminine Pol auf soziale Werte wie Fürsorglichkeit, Kooperation oder auch Warmherzigkeit. Gesellschaften mit starren Rollenverteilungen und Geschlechtertrennungen sind eher maskulin hoch ausgeprägt, während in Gesellschaften mit weniger strikten Rollenbildern höhere feminine Anteile vorzufinden sind.

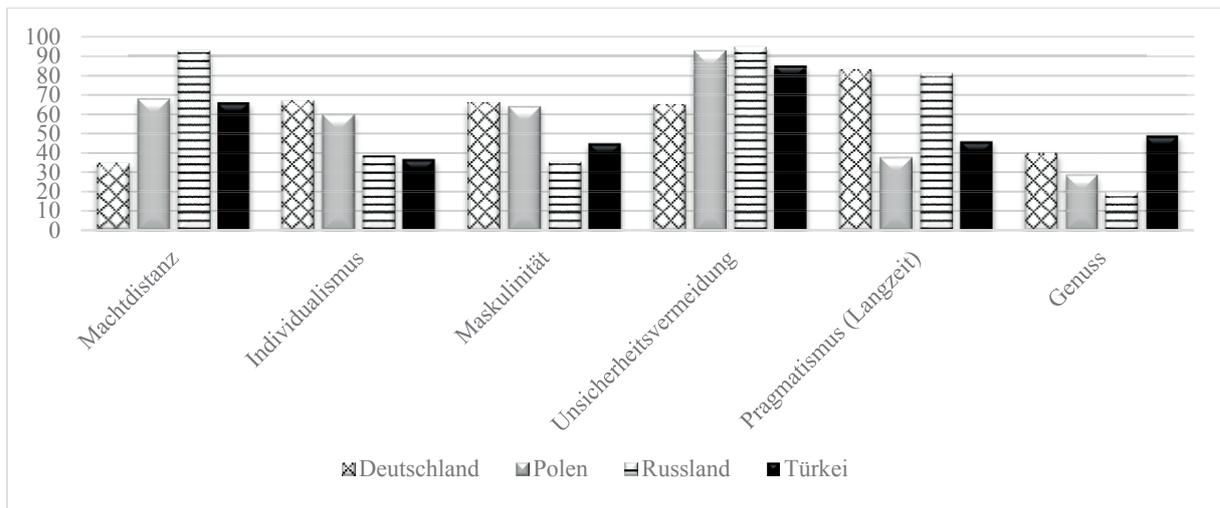
*Fortsetzung Tabelle 1*

Kulturdimension	Beschreibung
<b>Pragmatismus (Lang- versus Kurzeitorientie- rung)</b>	<i>Gesellschaftliche Orientierung:</i> Stehen traditionelle Werte oder eine Zukunftsorientierung im Vordergrund? Bei einer hohen Ausprägung der Kurzeitorientierung sind Traditionen unantastbarer und es herrschen universelle Richtlinien für Verhaltensnormen vor. Langzeitorientierung und höherer Pragmatismus orientiert sich an zukünftigen oder gegenwärtigen Ereignissen.
<b>Genuss versus Zwang</b>	<i>Gefühlsausdruck:</i> Menschen können sich frei fühlen und genussvoll leben oder sollten sich eher gesellschaftlichen Normen anpassen. In genussvoll orientierten Gesellschaften beschreiben sich die Menschen mit hoher Ausprägung selbst meist als glücklicher und sehen Werte wie Freiheit als besonders wichtig an, während Kulturen mit stärkeren Zwängen strengere Normen (z. B. sexuelle) aufweisen und Freizeitbeschäftigungen werden wenig Bedeutung beigemessen.

**3.3. Ländervergleich der Kulturdimensionen**

Da die vorliegende Forschungsarbeit Kinder und Jugendliche aus unterschiedlichen Herkunftsländern untersucht, sollen im Folgenden basierend auf dem 6-dimensionalen Modell nach Hofstede (2011) exemplarisch die Ausprägungen der Kulturdimensionen von Deutschland, Polen, Russland und der Türkei vorgestellt werden. Derzeit sind dies noch die wichtigsten Herkunftsländer der Migrantengruppen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2013), wobei eine Veränderung in den letzten Jahren zu beobachten ist. Die größten Einwanderungsgruppen sind seit 1996 aus Osteuropa: einerseits aus Polen, aber auch Rumänien, Bulgarien und Ungarn (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012). Die Erhebungen von Hofstede (2001; 2011) und Hofstede und Hofstede (2010; 2014) sehen für jede Dimension jeweils Ausprägungen von 0 bis 100 vor, beispielsweise auf der zweiten Skala ‚Individualismus‘ beschreibt die Ausprägung ‚0‘ eine besonders stark kollektivistische Gesellschaft und ‚100‘ eine extrem individualistische (vgl. Abb. 2).

Die unterschiedlichen Ausprägungen der Länder in Abbildung 2 verdeutlichen, dass selbst Nachbarländer wie Deutschland und Polen große Unterschiede wie bei der Machtdistanz oder auch dem Pragmatismus aufweisen. Während in Deutschland eine relativ geringe Machtdistanz vorherrscht, liegen in den anderen aufgeführten Ländern wesentlich höhere Ausprägungen vor. In Russland fallen die ausgeprägte Machtdistanz sowie eine stark ausgeprägte Unsicherheitsvermeidung mit gleichzeitigem hohem Pragmatismus auf, während ein genussvolles Leben in Russland besonders wenig Bedeutung zu haben scheint.



**Abbildung 2.** Kulturdimensionen für Deutschland, Polen, Russland und die Türkei (modifiziert nach Hofstede & Hofstede, 2014)

In Deutschland ist in diesem Vergleich die höchste Ausprägung in der Langzeitorientierung zu verzeichnen, ähnlich wie in Russland. In Polen und der Türkei wird insofern mehr an traditionellen Werten festgehalten als in Deutschland und Russland. In diesem Vierländervergleich zeichnet sich die Türkei mit einer hohen Priorität an genussvolleren Orientierungen aus. Festzuhalten bleibt außerdem noch, dass die Unsicherheitsvermeidung in allen vier Ländern bei Werten über 50 liegt. Hiermit wird deutlich, dass in allen aufgeführten Ländern beispielsweise die Beständigkeit der Arbeitsplätze eine hohe Bedeutung hat. Am stärksten individualistisch und maskulin orientiert sind Deutschland und Polen, im Gegensatz zu den kollektivistisch und feminin orientierten Ländern Türkei und Russland. In der Türkei und Russland sind somit Karriere oder Wettbewerb und auch starre Rollenverteilungen weniger im Vordergrund als in Polen oder Deutschland. In der Türkei und Russland sind wiederum Werte wie Kooperation oder Fürsorglichkeit im zwischenmenschlichen Umgang relevanter (Hofstede & Hofstede, 2010; 2014).

### 3.4. Relevanz der Kulturdimensionen in Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen

Betrachtet man nun die aufgeführten Kulturdimensionen und den Ländervergleich nach Hofstede und Hofstede (2010; 2014) stellt sich die Frage, ob sich diese unterschiedlichen kulturellen Orientierungen auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen auswirken können. In diesem Kontext weisen die Autoren darauf hin, dass das Verhalten und die Wertevermittlung zunächst von der Familie geprägt sind. Im Verlauf der Kindheit nimmt eine eigene Werteorientierung zu, die dann stärker auch von Schule, Freunden oder dem Arbeitskontext beeinflusst

wird (Hofstede & Hofstede, 2010). Es gibt zu kulturellen Einflüssen in der Entwicklung von Kindern bisher kaum Forschung in Deutschland. Um einen Bezug zu den kulturellen Dimensionen nach Hofstede und Hofstede (2010; 2014) herzustellen und klinische Ergebnisse angemessen einzuordnen, werden im Folgenden einige entwicklungs- und sozialpsychologische Aspekte vorgestellt, bei denen kulturelle Einflüsse bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund möglich sind. Bei den folgenden Ausführungen wird davon ausgegangen, dass kulturelle Einflüsse der Mehrheitsgesellschaft alle Kinder prägen, aber Kinder und Jugendliche aus immigrierten Familien tendenziell von mehr kulturellen Orientierungen beeinflusst sind als deutsche Kinder und Jugendliche ohne einen Migrationshintergrund (vgl. hierzu Berry, 2006a; Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2010).

*Familie.* Kinder sind besonders in den ersten Lebensjahren geprägt von den Werten, die im familiären Kontext vermittelt werden (Hofstede & Hofstede, 2010). Wenn eingewanderte Eltern von der Masse abweichende Wertvorstellungen haben, sind Auswirkungen auf den Erziehungsstil denkbar (Leyendecker, 2003). Gleichzeitig wird in der Familie oft eine andere Sprache gesprochen, was einerseits für Kinder eine zusätzliche Kompetenz darstellen kann, aber auch eine zusätzliche Herausforderung. Dies gilt besonders dann, wenn Deutsch die ‚schwächere‘ Sprache ist oder erst spät erlernt wird. Diese schwächeren Sprachkenntnisse können eine Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft und den sicheren Umgang in sozialen Interaktionen zusätzlich erschweren (Apeltauer, 2007; Gogolin, 2008). Otyakmaz (2013) weist außerdem darauf hin, dass Mütter mit türkischem Migrationshintergrund Entwicklungsschritte bei Kindern im Vorschulalter erst später als deutsche Mütter ohne Migrationshintergrund erwarten. Uslucan (2009) zeigt wiederum auf, dass türkische Eltern von Jugendlichen eine stärkere Verhaltensdisziplin fordern als deutsche Eltern. Zudem empfinden viele immigrierte Eltern die deutsche Gesellschaft als undurchsichtig und unsortiert und haben Schwierigkeiten mit den in Deutschland üblichen Wahlfreiheiten umzugehen (Uslucan, Fuhrer & Mayer 2005). Betrachtet man hierzu die Kulturdimensionen nach Hofstede und Hofstede (2014), kann festgehalten werden, dass in kollektivistischen Ländern klare Machtstrukturen erwartet werden (Hofstede & Hofstede, 2010). Die Verunsicherung von immigrierten Eltern in Deutschland hat in der Konsequenz häufig einen ausgeprägten kontrollierenden und behütenden Erziehungsstil zur Folge (Uslucan, Fuhrer & Mayer, 2005). Dieser manchmal auch autoritäre Erziehungsstil von Migranteneltern wird in der deutschen Gesellschaft oft negativ bewertet, da ein autoritativer Erziehungsstil (mit Unterstützung der Selbstständigkeit und gleichzeitig hohen Anforderungen) als optimaler Erziehungsstil für das Kind und seine emo-

tionale Entwicklung angesehen wird (Brandstätter, Schüler, Puca & Lozo, 2013). Leyendecker (2003) weist allerdings darauf hin, dass der autoritative Erziehungsstil für Euroamerikanische Jugendliche als förderlich gelten kann, aber für andere ethnische Gruppen mit abweichenden Wertorientierungen durchaus auch der autoritäre Erziehungsstil die emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unterstützen kann.

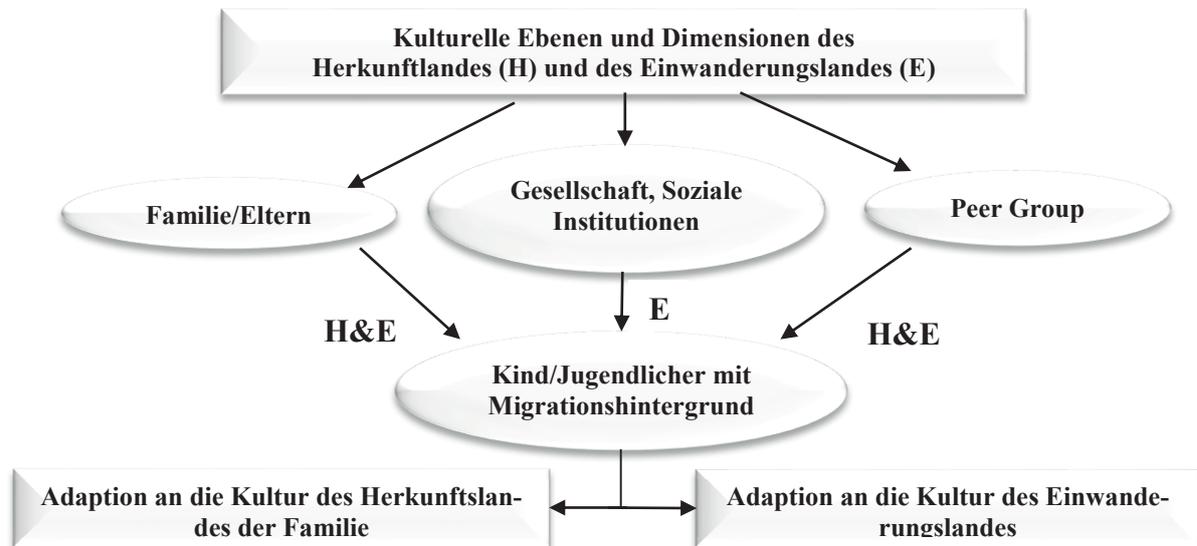
*Schule.* Die Schule weist als meist staatliche Institution und mit in der Mehrheit aus Deutschland stammenden Lehrkräften eine Werteorientierung basierend auf den deutschen gesellschaftlichen Normen auf. Hierbei muss festgehalten werden, dass in Deutschland nicht die Vermittlung von Werten oder die Erziehung im Vordergrund steht (Hansel, 2009). Der Fokus im deutschen Schulwesen liegt im Schwerpunkt auf der Vermittlung von Bildung (Textor, 2013). Dieser Sachverhalt ist typisch für individualistische Kulturen. Die Erziehung der Kinder und Jugendlichen sehen die Eltern dort als ihre eigene Aufgabe an und es wird weniger Erziehungsbeitrag von der Schule erwartet als in kollektivistischen Kulturen. In Gesellschaften mit starker Machtdistanz werden schulische Probleme ausschließlich innerhalb der Schule bearbeitet und in der Regel findet kaum Kooperation mit Eltern statt (Hofstede & Hofstede, 2010). Eltern mit Migrationshintergrund haben häufig aber eine hohe Erziehungserwartung an deutsche Schulen (El-Mafaalani & Toprak, 2011). Die unterschiedlichen Vorstellungen von Eltern und Lehrkräften über Aufgaben der Schulen können beispielsweise Ursache dafür sein, dass deutsche Lehrkräfte häufig bei Eltern mit Migrationshintergrund mangelnde Erziehung, zu wenig Unterstützung im Elternhaus und mangelnde Kooperation der Eltern kritisieren (Textor, 2013).

*Individuelle Aspekte (Entwicklungsaufgaben).* Nun stellt sich die Frage, ob bei Kindern unterschiedlicher ethnischer Herkunft auch abweichende Entwicklungsaufgaben resultieren. Weisen Kinder und Jugendliche nichtdeutsche ethnische Wurzeln auf, können beispielsweise geringe deutsche Sprachkompetenzen negative Auswirkungen auf soziale Kompetenzen haben und in der Folge zu erhöhter sozialer Verunsicherung und Ängsten führen (Apeltauer, 2007; Ehlich, 2009). Als besondere Herausforderung kann jedoch zusätzlich die Identitätsentwicklung gelten. Bereits in der Grundschulzeit lernt ein Kind ethnische Unterschiede zu differenzieren und empfindet eine eigene ethnische Gruppenzugehörigkeit (Zander & Hannover, 2013). So weisen El-Mafaalani und Toprak (2011) darauf hin, dass in der Adoleszenz häufig weder die Identität des Herkunftslandes der Eltern, noch die deutsche Identität entwickelt wird. Es entsteht nach Aussage der Autoren oft eine dritte eigenständige, aber auch sehr empfindliche (hybride) Identität. Es bildet sich somit nicht immer eine klare Kultur als

dominant heraus, sondern auch Mischformen werden gebildet, die eigenständige multikulturelle Identitäten darstellen können.

*Peer Group.* Diese Entwicklung eigenständiger Identitäten kann wiederum in der Konsequenz zu einer erhöhten Gruppierung mit Gleichaltrigen derselben oder ähnlichen Ethnien führen (Berk, 2005; Boos-Nünning & Karakasoglu, 2004). Häufig entsprechen Wertvorstellungen von Peers und denen der Eltern in grundlegenden Zügen überein (Berk, 2005). So betonen El-Mafaalani und Toprak (2011), dass für türkische oder arabische Jugendliche Werte wie Loyalität, Zusammenhalt und Hilfsbereitschaft in Freundschaften wesentlich mehr im Vordergrund stehen als für deutsche Jugendliche ohne einen Migrationshintergrund, die eher Selbstständigkeit oder Autonomie wertschätzen. Für russische, türkische oder arabische Jugendliche besitzen die familiären Werte einen hohen Stellenwert (El-Mafaalani & Toprak, 2011; Heubrock, Haase, Shmyhovska & Zakrew, 2011). Diese Tendenz stimmt wiederum mit den Ausprägungen der Kulturdimension nach Hofstede und Hofstede (2014) überein, nach der Menschen aus der Türkei und Russland eindeutig kollektivistischer im Lebensstil ausgeprägt sind als Menschen aus Deutschland.

Die aufgeführten Aspekte geben einen Hinweis darauf, dass kulturelle Unterschiede in verschiedenen Lebensbereichen im Alltag von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu beobachten sind. Bei Menschen mit Migrationshintergrund prägt jedoch auch das Ausmaß der Integration in die Gesellschaft die psychische Befindlichkeit (Machleidt, 2005). Gleichzeitig wird diskutiert, dass bei einigen Migrantengruppen Parallelstrukturen zur Mehrheitsgesellschaft existieren und sich viele Migranten wenig an die deutsche Gesellschaft anpassen (Gestring, 2011). Für Kinder ist es häufig durch die öffentlichen Institutionen wie Kindergarten oder Schule einfacher als für Erwachsene die Kultur des Einwanderungslandes kennenzulernen und auch anzunehmen, doch besonders im Jugendalter können Spannungen zu der Heimatkultur der Eltern oder der Kultur des Einwanderungslandes auftreten (Roer-Strier & Rosenthal, 2003; Schlippe, El Hachimi & Jürgens, 2013). Kinder mit Migrationshintergrund weisen somit auch widersprüchliche Entwicklungsziele auf: Einerseits möchten sie zur Mehrheitsgesellschaft gehören und sich trotzdem gleichzeitig aber auch zur Herkunftskultur der Eltern zugehörig fühlen (El-Mafaalani & Toprak, 2011). Die Diskrepanz und die stärkere Herausforderung der Adaption an die unterschiedlichen Kulturen sind bei Kindern somit größer, wenn Eltern einen kulturellen Hintergrund haben, der in den Kulturebenen und -dimensionen von denen des Einwanderungslandes stark abweicht.



**Abbildung 3.** Einfluss von Kultur bei Kindern mit Migrationshintergrund (modifiziert nach Berk, 2005; Hofstede, 2011; Schlippe, El Hachimi & Jürgens, 2013)

Sabatier (2008) zeigt in diesem Kontext anhand einer Studie mit fünf unterschiedlichen ethnischen Gruppen (Eltern und Jugendliche) in Frankreich auf, dass die Art der Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern die psychische Befindlichkeit der Jugendlichen am stärksten beeinflusst, gefolgt von der ethnischen Orientierung der Eltern und den Diskriminierungserfahrungen der Jugendlichen. Eine weitere Herausforderung in der psychischen Entwicklung in der Kindheit kann außerdem sein, dass Kulturen nicht statisch sind, sondern sich stetig weiter entwickeln. So betonen Hofstede, Hofstede und Mayer (2011), dass sich dieser kulturelle Wandel anhand von veränderten Praktiken in der Mehrheitsgesellschaft niederschlägt. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bemühen sich somit nicht nur in einer Kultur diesen Veränderungen zu folgen und sich ihnen anzupassen, sondern in mindestens zwei Kulturen (u. a. Berk, 2005; s. Abb. 3).

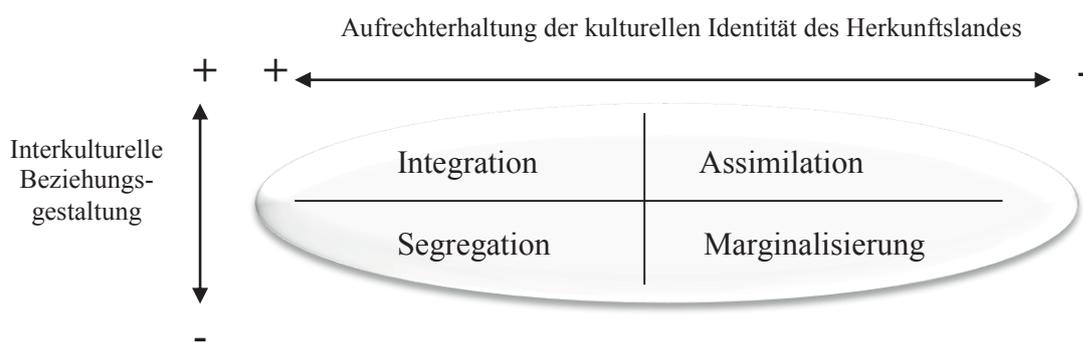
### 3.5. Akkulturation

Um Unterschiede von Anpassungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen, werden im Folgenden unterschiedliche Anpassungsarten und -mechanismen von Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben. Über kulturelle Einflüsse aus den Herkunftsländern hinaus kann sich eine Migration in einem eigendynamischen Prozess unterschiedlich auf die psychische Befindlichkeit auswirken. Die Akkulturation beschreibt diesen Migrationsprozess, indem auf kulturelle und psychische Prozesse vor, während und nach der Migration eingegangen wird (Berry, 2006a). Unabhängig von den Ursachen für eine Migration haben in der Regel alle Migranten zunächst positive Erwartungen an die

neue Heimat. Es besteht die Hoffnung, dass die Lebensbedingungen sich im Gegensatz zur Situation im Herkunftsland verbessern (Machleidt & Heinz, 2011). Gleichzeitig geht die Migration mit einer Angst vor dem Unbekannten und einem Trennungsschmerz nach der vollzogenen Migration einher (Machleidt & Callies, 2009). Der Migrationsprozess kann in vier vordergründige Phasen eingeteilt werden, die oft mit bestimmten Gefühlen assoziiert werden können:

1. *die Präphase vor der Migration*: Vorbereitung (Vorfremde und Angst),
2. *die Migration*: Erstkontakt mit dem Einwanderungsland (Neugier und Trauer),
3. *die Postmigration*: neue Zielsetzungen finden/Anpassung (auch Kulturschock) und
4. *die Akkulturation*: Entwicklung eines bi- oder multikulturellen neuen Selbstbewusstseins (Stolz oder Enttäuschung; Berry, 2006a; Bughra & Gupta, 2011; Machleidt & Heinz, 2011).

Kinder, die in der ersten Generation selbst eingewandert sind, können eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen aufweisen (Potochnik & Perreira, 2010). Doch auch in der zweiten Generation kann das Ausmaß der Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft die psychische Gesundheit beeinflussen (Dogra, Karim & Ronzoni, 2011). Machleidt und Heinz (2011) weisen darauf hin, dass die Phase der Postmigration eine besonders vulnerable Phase sein kann. Eine erfolgreiche Anpassung an die Einwanderungsgesellschaft ist wiederum von der kulturellen Identität und der interkulturellen Kompetenz abhängig. Es werden in diesem Kontext vier Akkulturationsstile unterschieden: die Integration, die Segregation, die Assimilation und die Marginalisierung.



**Abbildung 4.** Akkulturationsstile nach Berry (2006a; S. 35)

Die Akkulturationsstile in Abbildung 4 verdeutlichen, dass eine Integration eine hohe interkulturelle Kompetenz im Umgang mit der Einwanderungsgesellschaft voraussetzt, die somit als stark ausgeprägte soziale Komponente verstanden werden kann. Eine völlige Aufgabe der

ursprünglichen Herkunftskultur beschreibt die Assimilation. Eine Abgrenzung von der Kultur des Einwanderungslandes unter Beibehaltung von Gewohnheiten aus der Heimatkultur beschreibt wiederum die Segregation (Berry, 2006a). Besonders schwierig für Migranten ist häufig die Marginalisierung, da in diesem Fall weder eine Identifikation mit der Heimatkultur vorhanden ist, noch eine neue Identifikation mit der Einwanderungskultur stattfindet (Berry, 2006a; Schlippe et al., 2013).

Auch wenn Kinder in der zweiten oder dritten Generation den Migrationsprozess nicht wie zuvor beschrieben durchlaufen haben, kann sich eine psychische Erkrankung von Eltern negativ auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder auswirken (Koglin & Petermann, 2013). Insofern kann an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass beispielsweise gut integrierte Eltern weniger psychische oder somatische Beschwerden entwickeln als assimilierte oder marginalisierte Eltern (Berry, 2006a). Die Gefahr von Alkoholproblemen ist erhöht bei assimilierten Personen (Liebkind, 1996), während im Falle von Marginalisierung und Separation vermehrt Angststörungen, Depressionen, psychosomatische Probleme oder auch Substanzmissbrauch auftreten können (Bhugra, 2004; Cuéllar & Roberts, 1997; Garcia & Marks, 1989). Insgesamt lässt sich festhalten, dass auch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund tendenziell eher die Gruppe psychisch gesund ist (unabhängig davon ob erste, zweite oder dritte Generation), die sich gut an die Kultur des Einwanderungslandes angepasst hat (Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2010; Dogra, Karim & Ronzoni, 2011; Phinney, Horenczyk, Liebkind & Vedder, 2001). Gleichzeitig kann in einer belgischen Studie aufgezeigt werden, dass unter Berücksichtigung der ethnischen Identifikation nur 10 % der untersuchten Migrantengruppe als integriert im Sinne einer sehr guten Anpassung und Identifikation mit beiden Kulturen (Einwanderungs- und Herkunftskultur) gelten können (Snauwart, Soenens, Vanbeselaere & Boen, 2003). Die Autorengruppe betont in diesem Kontext, dass ethnische Minderheiten durchaus Interesse an guten sozialen Beziehungen zur Mehrheitsgesellschaft haben, aber sich gleichzeitig trotzdem wenig bis gar nicht mit der westlichen Kultur des Einwanderungslandes identifizieren können.

Diese verschiedenen Einflüsse von Kultur allgemein, dem Migrationsprozess von Eltern oder Kindern, von Akkulturation/Anpassung und von spezifischen psychosozialen Herausforderungen, die ein Migrationshintergrund mit sich bringen kann, sollten in der Ätiologie von psychischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden (Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2010; Dogra, Karim & Ronzoni, 2011; Phinney, Horenczyk, Liebkind & Vedder, 2001). Die vorherigen Ausführungen über beson-

dere Herausforderungen und kulturelle Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund werfen die Frage auf, ob diese Kinder bei psychischen Erkrankungen ausreichend kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsangebote in den Einwanderungsländern aufsuchen.

## **4. Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung**

Bei einer psychischen Erkrankung von Kindern oder Jugendlichen bietet das psychiatrische Versorgungsangebot Kindern oder Jugendlichen und ihren Familien die Möglichkeit, Hilfe und Unterstützung zu bekommen. Weltweit existieren Unterschiede in den psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche. Da die vorliegende Forschungsarbeit eine kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulation in Bremen untersucht, wird im Folgenden nur auf die allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland eingegangen.

### **4.1. Die Versorgungsstrukturen in Deutschland**

Die Strukturen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sind komplex und es gibt unterschiedliche Angebote, die sich auch regional innerhalb Deutschlands leicht unterscheiden können. Das Alter der Kinder und Jugendlichen ist im Behandlungskontext ab dem Säuglingsalter bis zum Alter von 18 Jahren festgelegt, in Ausnahmefällen erweitert bis zum Alter von 21 Jahren (Warnke & Lehmkuhl, 2011). Die Bundesärztekammer beschreibt den Aufgabenbereich als erkennende, präventive oder rehabilitative Maßnahme, die Kinder und Jugendliche mit psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten oder mit psychosomatischen oder entwicklungsbedingten Erkrankungen erreichen soll (Bundesärztekammer, 2012). Die hauptsächlichen Berufsgruppen in sozialpsychiatrischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten sind Kinder- und Jugendpsychiater, Klinische Kinderpsychologen und Pädagogen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Finanziert werden kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Leistungen in der Regel von Krankenkassen (Warnke & Lehmkuhl, 2011).

*Versorgungsformen.* Die Versorgungsformen sind in Deutschland organisiert als ambulante (auch mobile), teilstationäre und stationäre Angebote. Die vollstationäre Versorgung wird angeboten von Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, von hierfür spezialisierten Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Kinderkliniken oder von Universitätskliniken. Die stationäre Behandlung erfolgt oft erst nach gescheiterten ambu-

lantem oder teilstationären Angeboten oder in Krisensituationen (wie Suizidalität) und sie erfordert eine Trennung von der Familie. Die teilstationäre/tagesklinische Behandlung stellt einen graduellen Übergang dar, indem das familiäre Lebensumfeld wieder einbezogen bleibt, da der Patient bei seiner Familie übernachtet und sich (werktags) nur tagsüber im klinischen Umfeld aufhält. Der größte Teil der Kinder und Jugendlichen wird ambulant versorgt, in der Regel durch niedergelassene Fachärzte oder Psychotherapeuten in freier Praxis, Institutsambulanzen von Kliniken oder Abteilungen von Landes- oder Bezirkskrankenhäusern oder Ambulanzen der Universitätskliniken (Herpertz-Dahlmann, 2014; Warnke & Lehmkuhl, 2011).

*Aufgaben und Standards.* Das Aufgabengebiet von kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung ist Diagnostik, Therapie, Beratung, Supervision, Begutachtung oder Öffentlichkeitsarbeit (Herpertz-Dahlmann, 2014). Für die Diagnostik und Klassifikation von psychischen Erkrankungen wurde in Deutschland basierend auf der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2006) das multiaxiale Klassifikationsschema (MAS; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) entwickelt. In vielen Versorgungsinstitutionen wird das MAS berücksichtigt und integriert somit unterschiedliche Lebensbedingungen und Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der Diagnostik, die in Tabelle 2 aufgeführt sind.

**Tabelle 2.** Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2006)

Achsen	Beschreibung
<b>Achse 1</b>	Klinisch-psychiatrisches Syndrom der Kinder oder Jugendlichen (z. B. Angststörungen)
<b>Achse 2</b>	Umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Entwicklungsstörungen der Sprache)
<b>Achse 3</b>	Intelligenzniveau (z. B. schwere Intelligenzminderung)
<b>Achse 4</b>	Körperliche Symptomatik (z. B. Diabetes mellitus)
<b>Achse 5</b>	Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (z. B. Kindesmisshandlung)
<b>Achse 6</b>	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (z. B. die Qualität der Beziehungen zu Familienangehörigen)

Als weiterer Standard zur Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wurde die Basisdokumentation (BADO; Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 2006) eingeführt. Die BADO gibt nach der Behandlung eines Kindes Auskunft über die Aufnahmebedingungen, soziodemografische Hintergründe des Kindes/der Eltern, familiäre Belastungen, den psychopathologischen Aufnahmebefund, den somatisch-neurologischen

Befund, die Diagnosen (multiaxial) und die erfolgte Therapie/Behandlung, inklusive dem Ergebnis (Englert et al., 2006). Je nach Problematik der Kinder und Jugendlichen fokussiert die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung unterschiedliche Maßnahmen. Bei Achse 4 (nach MAS) sind eher medikamentöse oder andere körperbezogene Behandlungen vordergründig, bei Achse 2 und 3 sind Übungen (z. B. Logopädie) oder heilpädagogische Maßnahmen erforderlich. Psychotherapeutisch interveniert wird bei Problemen auf Achse 1 oder bezogen auf das familiäre Umfeld auch bei Problemen auf Achse 5. Diese abnormen psychosozialen Umstände (Achse 5) bei Kindern oder Jugendlichen können jedoch auch Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen oder andere Maßnahmen erfordern (Warnke & Lehmkuhl, 2011). Aufgrund dessen kooperieren viele kinder- und jugendpsychiatrische Träger mit weiteren Institutionen wie aus der Pädiatrie, der Kinder- und Jugendhilfe, der Erziehungsberatung, schulischen Einrichtungen, Gerichten, Jugendämtern und Gesundheitsämtern (Reinhardt & Petermann, 2010). Es gibt beispielsweise eine weitere Säule der sozialpsychiatrischen Versorgung, den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), der in der Regel in Gesundheitsämtern angeboten wird (Homfeldt, 2012). Hierbei kann herausgestellt werden, dass in Bremen der ÖGD des Gesundheitsamtes (mit den psychiatrischen Einrichtungen kooperierend) eine kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle anbietet und somit eine weitere Säule der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Bremen vorhanden ist (Lorenz & Voigt, 2012). Diese Kooperation ist allerdings nicht repräsentativ für ganz Deutschland, sondern eine Besonderheit in Bremen.

#### **4.2. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung**

Für Menschen mit Migrationshintergrund existieren oft subjektive Barrieren in der Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgungsleistungen, die dazu führen, dass diese Leistungen nur wenig in Anspruch genommen werden (Lindert et al., 2008; Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007). Dieser Sachverhalt wirft die Frage auf, ob diese Hemmschwelle auch zu einer geringen Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund führt, da Kinder in der Regel in Begleitung der Eltern die Institutionen aufsuchen. Schepker und Toker (2009) betonen in diesem Kontext, dass eine vermehrte Untersuchung der Inanspruchnahme von Nöten ist, um die Bedarfslage angemessen zu erfassen und eine Verbesserung der Leitlinien der psychiatrischen Versorgung zu erreichen.

Es ist nach wie vor unklar, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ausreichend psychiatrische Versorgungsangebote aufsuchen. Gaber und Kollegen (2012) analysierten eine Inanspruchnahmepopulation von 20 Jahren (von 1988-2007; in der Region um Frankfurt am Main), die einen durchschnittlichen Anteil von 23% Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufwies. Im Vergleich zum Anteil in der Gesamtbevölkerung liegen diese Kinder und Jugendlichen somit tendenziell unter dem in der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2013). Schepker und Toker (2009) berichten, unter anderem basierend auf den Ergebnissen der Essener Feldstudie (Schepker, Toker, Eberding, 2005), dass es verschiedene Gründe gibt, warum Familien mit Migrationshintergrund oft Barrieren im Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrischer Versorgung empfinden. Häufig liegen beispielsweise eine große Unkenntnis dieser Angebote, Ängste vor Stigmatisierungen oder Schamgefühle in Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen vor. Sprachliche Verständigungsprobleme, kulturell abweichende Grundhaltungen oder eine geringe Identifikation mit der Einwanderungsgesellschaft können diese Barrieren zusätzlich verstärken (Schepker & Toker, 2009). Im Vergleich zu dem Inanspruchnahmeverhalten von Türken in der Türkei, konnten einige Unterschiede zu den Familien mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland aufgezeigt werden (Schepker & Fişek, 2000). Lagen beispielsweise ungeklärte körperliche Symptome vor, waren es wesentlich mehr Türken in der Türkei, die zu einer weiteren Untersuchung bereit waren als die in Deutschland lebenden türkischstämmigen Migranten. Gleichzeitig wurden bei Kindern mit auffälligem Verhalten von den in Deutschland lebenden türkischstämmigen Migranten andere Ursachen angegeben. Die in Deutschland lebenden Migranten gaben erhöht abergläubische/religiöse Gründe an oder Verhaltensweisen in Bezug auf die Situation als Migrantenkind wie Ängste oder Diskriminierungserfahrungen. In der Türkei wurden ähnliche Verhaltensauffälligkeiten von den Eltern mehr dem Kind selbst zugeschrieben (z. B. Faulheit, geringe Willensstärke; Schepker & Fişek, 2000). Diese Ergebnisse zeigen auf, dass sich durch die Migration auch die Interpretation von psychischen Erkrankungen bei Kindern oder Jugendlichen verändern können.

Es stellt sich außerdem die Frage, ob es besondere Störungsgruppen gibt, bei denen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund vulnerabler als andere Kinder sind (z. B. aufgrund abweichender kultureller Orientierungen oder Akkulturationsstress; vgl. Kap. 3.4 und 3.5). Im Vergleich zu Kindern ohne einen Migrationshintergrund wiesen Jungen (bis 17 Jahre alt) mit Migrationshintergrund in der Studie von Gaber et al. (2012) vermehrt Belastungs- und Anpassungsstörungen, Depressionen, bipolare affektive Störungen und Schizophrenie auf, und signifikant weniger hyperkinetische Störungen; weitere Studien zeigten sehr

unterschiedliche Befunde auf. Kirkcaldy, Fulham und Siefen (2009) berichten eine höhere Depressionsrate und vermehrte Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Poustka (1984) fand wiederum keine Unterschiede zwischen Kindern mit oder ohne Migrationshintergrund in den Verteilungen psychischer Störungen. Renschmidt und Walter (1990) zeigten eine höhere Prävalenz für psychische Störungen bei der Gruppe mit Migrationshintergrund auf. Bei der Enuresis fanden sich höhere Prävalenzraten bei Kindern und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund (Holstein, 1984; Poustka, 1984; Steinhausen, 1982; Steinhausen, Aster, Pfeifer & Göbel, 1989; Steinhausen et al., 1990). Gleichzeitig konnten vermehrte Konversionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund festgestellt werden (Riedesser, 1982, Steinhausen, 1982), obwohl gleichzeitig aufgezeigt werden konnte, dass bei diesen Kindern weniger familiäre Risikofaktoren vorlagen als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Steinhausen et al., 1990).

## 5. Fragestellungen und Hypothesen

Im Zuge der zunehmenden Migration und des weiterhin zunehmenden Anteils an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung in Deutschland, anderen europäischen Ländern und auch amerikanischen Ländern wie USA und Kanada (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012; United Nations, 2014; Statistisches Bundesamt, 2013) ist die weitere Forschung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund somit von großem Interesse. Anhand der theoretischen Ausführungen wird deutlich, dass nach wie vor Fragen zur psychischen Gesundheit und der Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgungsleistungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund offen sind (Scheper & Toker, 2009). Um aber angemessen die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen in westlichen Einwanderungsländern zu gestalten oder möglichen psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ausreichend vorzubeugen, fehlt es derzeit an aktuellen Studienergebnissen.

Es wurde bereits darauf eingegangen, dass es Risikofaktoren gibt, die generell die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erhöhen können (u. a. Caspi et al., 2014; Petermann & Resch, 2013). Für viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund liegen wiederum Lebensbedingungen wie ein niedriger sozioökonomischer Status oder schulische Leistungsprobleme vor (Gogolin & Lange, 2011; Klieme et al., 2010), die als Risikofaktoren interpretiert werden können. Dieser Sachverhalt wirft die Frage auf, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund vermehrt psychische Probleme aufweisen.

Da die immigrierten Familien aus unterschiedlichen Regionen eingewandert sind, ist auch von Interesse, ob die jeweilige Herkunft die Art der Symptomatik beeinflussen kann. Es ist ebenfalls nach wie vor unklar, ob es vordergründig der Migrationshintergrund, kulturelle Unterschiede oder erhöht andere Faktoren wie beispielsweise die ungünstigen Lebensbedingungen sind, die negativ auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einwirken. Viele der bisher aufgeführten Studien mit Kindern und Jugendlichen im Migrationskontext, besonders in Deutschland, sind mehr als zehn Jahre alt. Aufgrund dessen sind aktuelle Forschungsergebnisse von Nöten, um die zuvor aufgeworfenen Fragen zu beantworten.

Basierend auf den theoretischen Ausführungen können übergreifende Fragestellungen für die vorliegende Forschungsarbeit formuliert werden. Hierbei sind im Besonderen drei Themenbereiche von Interesse:

- *Epidemiologie bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Ländern:* Wie ist die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung in europäischen oder nordamerikanischen Ländern im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund (Studie 1 und Studie 2)?
- *Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter:* Welche Faktoren beeinflussen die psychopathologische Entwicklung (mit besonderer Berücksichtigung internalisierender oder externalisierender Symptome) von Kindern und Jugendlichen? Sind hierbei Migrationsaspekte im Vordergrund oder sind stärker andere Bereiche mit der Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter assoziiert (Studie 1 - 5)?
- *Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund:* Zeigen sich Unterschiede aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit/des Migrationshintergrundes in der Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen innerhalb einer Inanspruchnahmepopulation in Deutschland? Sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert (Studie 3, Studie 4 und Studie 5)?

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, Risikofaktoren für psychische Erkrankungen zu identifizieren und hierbei die Bedeutung des Migrationsstatus für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu spezifizieren. Der Migrationsstatus soll in Beziehung zu weiteren Faktoren gesetzt werden, die eine Entwicklung von psychischen Erkrankungen im Kindes-

und Jugendalter beeinflussen können. Aus dem theoretischen Hintergrund und den übergreifenden Fragestellungen hergeleitet werden folgende grundlegende Hypothesen<sup>1</sup> für die vorliegende Forschungsarbeit in diesem Kontext formuliert:

*Hypothese zur Epidemiologie*

- (I) Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern liegt im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund eine bedeutsam höhere Prävalenz psychischer Störungen vor.

*Hypothesen zur Entwicklungspsychopathologie*

- (II) *Migrationsstatus als Risikofaktor*: Der Migrationsstatus hat einen bedeutsamen Einfluss auf die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.
- (II.I.) Die Prävalenz psychischer Störungen ist bedeutsam höher bei immigrierten Kindern und Jugendlichen der ersten Generation im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen der zweiten oder dritten Generation.
- (II.II.) Es liegen migrationsspezifische Risikofaktoren (wie beispielsweise Akkulturationsaspekte oder Sprachprobleme der Kinder) vor, die mit einer bedeutsam erhöhten Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund assoziiert werden können (im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund).
- (II.III.) Die Prävalenz von spezifischen psychischen Störungen (zum Beispiel externalisierenden oder internalisierenden) unterscheidet sich bedeutsam aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit.
- (II.IV.) Verglichen mit anderen Einwanderungsgruppen (z. B. aus westlichen Ländern) ist die Prävalenz psychischer Störungen in westlichen Einwanderungsländern bedeutsam höher bei Kindern und Jugendlichen, die aus Regionen eingewandert sind, die hohe kulturelle Unterschiede (z. B. kollektivistische Orientierungen) zu westlichen Einwanderungsländern aufweisen.
- (III) *Störungs- oder syndromspezifische Risikofaktoren*: Risikofaktoren erhöhen bedeutsam die Prävalenz von psychischen Störungen.
- (III.I.) Es liegen störungsspezifische Risikofaktoren für bestimmte psychische Störungen vor (z. B. Störungen des Sozialverhaltens), die deren Prävalenz bedeutsam erhöhen.

---

<sup>1</sup> Es wird jeweils die Alternativhypothese formuliert.

(III.II.) Es liegen störungsübergreifende Risikofaktoren für Syndrome wie das internalisierende (z. B. das weibliche Geschlecht) vor, die bedeutsam die jeweilige Prävalenz der Syndrome erhöhen.

(IV) *Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren:* Weitere Risikofaktoren wie umgebungsbedingte (z. B. sozioökonomischer Status) oder personenbezogene Faktoren (z. B. Geschlecht) weisen in der Assoziation mit psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter bedeutsame Wechselwirkungen mit dem Migrationsstatus auf.

*Hypothese zur Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsleistungen*

(V) Der prozentuale Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Inanspruchnahmepopulationen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist bedeutsam niedriger als ihr prozentualer Anteil in der Gesamtbevölkerung in Deutschland.

## 6. Methodisches Vorgehen

Zur Operationalisierung der zuvor formulierten Fragestellungen und Hypothesen geht die vorliegende Forschungsarbeit in zwei Schritten vor. Zunächst wird mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche ein aktueller Überblick zu den epidemiologischen und entwicklungspsychopathologischen Fragestellungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund gegeben (zur Beantwortung der Hypothesen I-III). Dieses Vorgehen ermöglicht, dass zunächst ein Eindruck über die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung westlicher Länder gewonnen werden kann. Um dann weitere entwicklungspsychopathologische und versorgungsrelevante Fragestellungen zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zu untersuchen und einige Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu erweitern, wird eine kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulation analysiert (zur Beantwortung der Hypothesen II-V). Dieses Kapitel führt somit zunächst in die Methode der systematischen Literaturrecherche ein (relevant für Studie 1 und Studie 2). Hieran anschließend wird der klinische Kontext der vorliegenden Forschungsarbeit vorgestellt. In diesem Zusammenhang wird die untersuchte kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und das statistische Vorgehen der in diesem Kontext relevanten Studien (Studien 3-5) der vorliegenden Forschungsarbeit beschrieben.

### 6.1. Systematische Literaturrecherche (Studien 1 und 2)

Die systematische Literaturrecherche möchte bei umfassenden Fragestellungen einen Überblick zu einer Thematik geben. Einzelne empirische Studien können oft nur Aussagen zu ihren

eigenen Studienergebnissen treffen, aber keine generalisierenden Schlussfolgerungen vornehmen. Das systematische Review kann besonders in der Klinischen Kinderpsychologie einen wertvollen Beitrag leisten, da in der Ursachenforschung pathologischer Entwicklungen ein umfassender Überblick (über einzelne Studien hinaus) gegeben werden kann (Eiser, Hill & Vance, 2010; Petticrew & Roberts, 2008). Die systematische Literaturrecherche der vorliegenden Forschungsarbeit wurde basierend auf Leitlinien für systematische Reviews zur Untersuchung klinischer Fragestellungen durchgeführt (vgl. hierzu Centre for Reviews and Dissemination, 2008). Basierend auf diesen Leitlinien lässt sich das Vorgehen in der vorliegenden Forschungsarbeit wie in Kasten 1 aufgeführt zusammenfassen.

**Kasten 1.** Systematische Recherche (basierend auf Centre for Reviews and Dissemination, 2008)

**1. Übergreifende Fragestellung**

- Wie ist die Prävalenz internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu denen ohne einen Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern und
- können migrationsspezifische Risikofaktoren identifiziert werden?

**2. Feststellung der Relevanz für eine systematische Recherche**

**3. Festlegung des Vorgehens der Recherche**

- Recherche in den Datenbanken Pubmed, Web of science, Psychinfo und manuelle Recherche

**4. Definition von Ein- und Ausschlusskriterien (Auswahl)**

- Nur wissenschaftlich fundierte Studien werden eingeschlossen, die in englischer oder deutscher Sprache in peer-reviewten Zeitschriften in der Zeitspanne zwischen 2007 und 2013 publiziert wurden und
- internalisierende oder externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen bis zu 20 Jahren untersucht haben.

**5. Protokollierung der Studienselektion**

- Schrittweise Vorgehensweise: Identifikation, Screening (Titel und Abstracts), Auswahl (Volltextrecherche), endgültige Inklusion durch qualitative Validierung aller relevanten Kriterien

**6. Transparente Ergebnisdarstellung**

- durch Auflistung relevanter Aspekte aller eingeschlossenen Studien wie deren Autoren, untersuchte Population, verwendete Messverfahren, festgestellte Prävalenz,
- unter Berücksichtigung der migrationsspezifischen Studiendesignperspektiven nach Stevens und Vollebergh (2008).

*Relevanz.* In der vorliegenden Forschungsarbeit geben die systematischen Reviews (Studie 1 und 2) einen epidemiologischen Überblick zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern. Zuvor wurde recherchiert, ob es bereits Übersichtsarbeiten in diesem Kontext gibt. Im Jahr 2008 publizierten Stevens und Vollebergh ein systematisches Review, das Forschungsstudien bis zum Jahr 2006 zu Prävalenzen psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu denen ohne einen Migrationshintergrund einschloss. Einige der Studien, die Stevens

und Vollebergh (2008) in ihrem Review aufgegriffen, sind mehr als 20 Jahre alt und repräsentieren somit nicht die derzeitige Situation der Migrantenkinder in westlichen Einwanderungsländern. Weitere systematisch recherchierte Übersichtsarbeiten weisen keine gleichwertigen und übergreifenden Aussagen zu diesem Themenbereich auf (Aronovitz, 1984; Derluyn, Brokart & Schuyten, 2008). Aufgrund der stark zunehmenden Migrationssituation in den letzten Jahren in westlichen Ländern konnte der hohe Bedarf für eine aktuelle Übersicht zur derzeitigen psychischen Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in diesen westlichen Einwanderungsländern festgestellt werden.

*Methodisches Vorgehen.* Im Gegensatz zur Studie von Stevens und Vollebergh (2008) wurde auf einen weltweiten Überblick zur psychischen Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund verzichtet, da einerseits die aktuelle Migration in den verschiedenen Kontinenten stark voneinander abweicht (vgl. hierzu United Nations, 2014) und andererseits die kulturellen Gegebenheiten in den Einwanderungsländern für die Migranten sehr unterschiedlich sind (vgl. hierzu Hofstede & Hofstede, 2014). Aufgrund dessen wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit der Fokus auf Einwanderungsländer mit ähnlichen kulturellen Strukturen gelegt und nur Europa (Studie 2) und Nordamerika (Studie 1; zusammengefasst als westliche Länder) wurden berücksichtigt. Abweichend von der Studie von Stevens und Vollebergh (2008) wurde die Prävalenz psychischer Störungen in der vorliegenden Forschungsarbeit für Amerika und Europa separat untersucht, da sich (trotz einiger kultureller Ähnlichkeiten) die Migrationshistorie dieser beiden Kontinente stark voneinander unterscheidet und somit unterschiedliche gesellschaftliche Bedingungen bei der Einwanderung vorhanden sein können (vgl. Kap. 2.2.).

*Erweiterungen zur Studie von Stevens und Vollebergh (2008).* Basierend auf den Ergebnissen von Stevens und Vollebergh (2008) wurden weiterführende Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Recherche der vorliegenden Forschungsarbeit entwickelt. Es wurden beispielsweise Schlagwörter in der Datenbankrecherche hinzugefügt, die Stevens und Vollebergh (2008) nicht integriert hatten (Beispiele: bei den psychischen Störungen ‚depression‘ oder für Kinder mit Migrationshintergrund ‚children with immigration background‘ oder für die Kindheit ‚childhood‘). Die Autoren hatten außerdem keine klinischen Stichproben berücksichtigt. Diese wurden in die vorliegende Forschungsarbeit aufgenommen, um für die jeweiligen Länder zusätzlich einen Eindruck über die Anzahl klinischer Studien und über die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen von Migrantenfamilien zu bekommen.

*Auswahl der psychischen Erkrankungen.* Um die Mehrheit der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zu berücksichtigen und trotzdem übersichtlich zu klassifizieren, wurden in die systematische Recherche der vorliegenden Forschungsarbeit ausschließlich Studien zu internalisierenden oder externalisierenden Störungen aufgenommen. Weitere Störungsgruppen wie schizotype Störungen oder Persönlichkeitsstörungen wurden aufgrund der geringen Prävalenz in der Kindheit/Adoleszenz und der Spezifität der Symptomatik (vgl. hierzu Berenz et al., 2013; Fagel et al., 2013) ausgeschlossen. Außerdem wurden ausschließlich klinisch-psychiatrische Störungen berücksichtigt und keine der oft genetisch prädisponierten Entwicklungsstörungen (vgl. hierzu Vorstman & Ophoff, 2013), die unabhängig von Migrationsaspekten auftreten können.

*Vergleichende Vorgehensweise.* Zur Klärung der Hypothesen wurden in der systematischen Recherche der vorliegenden Forschungsarbeit Studien eingeschlossen, die bedeutsame Unterschiede verschiedener Gruppen aufzeigen. Einerseits wurden jeweils Studien mit Vergleichen zu Prävalenzen psychischer Störungen zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund berücksichtigt. In diesem Kontext war der statistische Unterschied der Prävalenzen psychischer Störungen relevant, nicht die genaue Höhe des Prävalenzunterschiedes. Andererseits wurden Vergleiche der Migrationsgenerationen oder Vergleiche zwischen nichtimmigrierten Gruppen aus dem Heimatland und migrierten Gruppen im Einwanderungsland in die Analysen integriert. Diese vergleichende Vorgehensweise möchte die Bedeutung des Migrationsstatus im Kontext psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter bestimmen.

*Identifizierung migrationsspezifischer Risikofaktoren.* Die Forschung in Nordamerika ist aufgrund der längeren Migrationshistorie fortgeschrittener als in Europa und betrachtet oft detaillierter mögliche Einflüsse auf die psychische Befindlichkeit von Migranten (vgl. hierzu Messer, Schroeder & Wodak, 2012). Aufgrund dessen wurden in der systematischen Recherche amerikanischer Studien zusätzlich auch Untersuchungen einzelner Migrationsgruppen berücksichtigt, die keine Gruppenvergleiche vornehmen. Diese Vorgehensweise überprüft entwicklungspsychopathologische Hypothesen und ermöglicht eine weitere Identifizierung migrationsspezifischer Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Die Untersuchung der Hypothesen erfordert im Rahmen der systematischen Recherche keine weiteren statistischen Analysen.

*Ergebnisdarstellung.* Um eine Transparenz der Vorgehensweise zu gewährleisten, wurde die Protokollierung der systematischen Recherche mit Hilfe eines Ablaufdiagramms (Flowchart) über die Studienselektion dargestellt. Das systematische Review von Stevens und

Vollebergh (2008) gibt in seinem Ausblick Implikationen für die zukünftige Migrationsforschung, die für die vorliegende Forschungsarbeit aufgegriffen und erweitert wurden:

1. *Selektionseffekte*: Vergleich von Migranten im Einwanderungsland versus einer Population aus ihrem Heimatland;
2. *Effekte zum Prozess der Migration*: Vergleich von Migranten versus gemischter Gruppe bestehend aus Migranten und einer Population aus dem Heimatland; Erweiterung in der vorliegenden Forschungsarbeit: Vergleich erste, zweite oder dritte Generation;
3. *Ethnische Minderheiten-Effekte*: Migrantengruppe versus einheimische Gruppe ohne Migrationshintergrund; Erweiterung in der vorliegenden Forschungsarbeit: Vergleich unterschiedlicher ethnischer Migrantengruppen oder Analysen zu Einflussfaktoren bei einer spezifischen ethnischen Gruppe im Einwanderungsland;
4. *Interkulturelle Effekte*: Generelle Kulturvergleiche von Einheimischen in unterschiedlichen Ländern.

Da der Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegt, wurde auf die Integration von Studien zu generellen interkulturellen Unterschieden (s. o. 4. Perspektive) verzichtet. Gleichzeitig wurden nur Studien eingeschlossen, die standardisierte Messverfahren verwendet haben. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden alle Messverfahren benannt und deren Autoren wurden (im Gegensatz zur Studie von Stevens & Vollebergh, 2008) nach wissenschaftlichen Standards zitiert.

## **6.2. Analysen der Inanspruchnahmepopulation (Studien 3, 4 und 5)**

Um die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu vertiefen und zu erweitern, wurden in der vorliegenden Forschungsarbeit kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungspopulationen untersucht (zur Beantwortung der Hypothesen II-V). Die Versorgungsforschung weist wenig einheitliche Kriterien auf und wird aufgrund dessen oft kritisch betrachtet. Pfaff, Glaeske, Neugebauer und Schrappe (2009) verweisen in diesem Kontext allerdings auf ein Memorandum mit Mindeststandards für die Versorgungsforschung, das vom Deutschen Netzwerk für die Versorgungsforschung (DNVF e. V.) verabschiedet wurde, u. a. basierend auf den Ergebnissen zur ‚Guten Praxis zur Sekundärdatenanalyse‘ (GPS, 2008). Epidemiologische Analysen der Versorgungsforschung haben ein großes Potenzial, da Personen aus der ‚natürlichen‘ Inanspruchnahme abgebildet werden können (Busse, 2006; Swart & Ihle, 2012). Innerhalb der vorliegenden Forschungsarbeit wird nicht die Effektivität der Versorgung fo-

kussiert, sondern es werden Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen analysiert. Es handelt sich hierbei um querschnittliche Sekundärdatenanalysen oder Beobachtungsstudien innerhalb eines beschränkten Zeitraumes (2005-2012; Ahrens, Krickeberg & Pigeot, 2005; Busse, 2006; Glaeske et al., 2009). Kasten 2 fasst das methodische Vorgehen für die Sekundärdatenanalyse der vorliegenden Forschungsarbeit zusammen.

**Kasten 2.** Sekundärdatenanalyse der vorliegenden Forschungsarbeit (basierend auf Glaeske et al., 2009; GPS, 2008; Pfaff, Glaeske, Neugebauer & Schrappe, 2009)

**Leitlinie 1 ‚Ethik‘: Einhaltung ethischer Prinzipien unter Respekt der Menschenwürde und Menschenrechte**

- Es wurde ein *Datenschutzkonzept* basierend auf den gesetzlichen Vorgaben und in Einvernehmen mit der Datenschutzbeauftragten des Bundeslandes Bremen erstellt.
- Das Forschungsvorhaben wurde von der *Ethikkommission der Universität Bremen* bewilligt.

**Leitlinie 2 ‚Forschungsfrage‘: Benennung expliziter und operationalisierbarer Fragestellungen**

- Es wurden für die Sekundärdatenanalysen *angemessene Fragestellungen* und *Hypothesen formuliert*, vgl. Kap. 5.

**Leitlinie 3 ‚Studienplan‘: Festlegung der Studiencharakteristika**

- Es wurden *Studiendesigns* (s. folgende Erläuterungen) entwickelt.
- Die *Datenbasis der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung* der Bremer Institutionen wurde für das Forschungsprojekt in statistische Datenanalysensysteme übertragen und alle Jahresunterschiede in der Erfassung zwischen 2005 und 2011 wurden vereinheitlicht (s. folgende Erläuterungen).
- Die statistische Aussagekraft der Studien wurde mit *Poweranalysen* überprüft.
- Ausreichende *personelle und zeitliche Ressourcen* für das Forschungsvorhaben, u. a. zur Datenaufbereitung und für die statistischen Analysen wurden berücksichtigt.

**Leitlinie 4 ‚Probendatenbanken‘ (nicht unbedingt erforderlich): zusätzliche Erhebung**

- Zur Validierung der Studien wurden *systematische Literaturrecherchen* (vgl. Kap. 6.1.) durchgeführt, die neben den kinder- und jugendpsychiatrischen Ergebnissen einen zusätzlichen Eindruck zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung vermitteln.

**Leitlinie 5 ‚Qualitätssicherung‘: Sicherstellen der Verfahren und Instrumente**

- Es wurden zunächst die Daten eines Jahres (2010) analysiert (*Prätest*; Studie 3).
- Der weitere Studienplan wurde den Ergebnissen angepasst und zur Qualitätssicherung wurden *Veränderungen im Studiendesign eingefügt* (Studie 4 und Studie 5).

**Leitlinie 6 ‚Datenaufbereitung‘, Leitlinie 7 ‚Datenanalyse‘, Leitlinie 8 ‚Datenschutz‘, Leitlinien 9 ‚vertragliche Rahmenbedingungen‘**

- Diese Leitlinien 6-9 wurden im Datenschutzkonzept und im Antrag für das Ethikvotum berücksichtigt und nötige Anforderungen für Anonymisierungen/Patientenschutz etc. wurden berücksichtigt (s. Leitlinie 1).

**Leitlinie 10 ‚Interpretation‘: kritische Diskussion**

- Alle Studien wurden unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards in *peer-reviewten Fachzeitschriften publiziert*, um eine maximale Evidenz und Transparenz der Ergebnisse zu gewährleisten.

Einheitlich erfasste Routinedaten zwischen 2005 und 2012 aus kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen wurden basierend auf den Mindeststandards für die Versorgungsforschung (vgl. hierzu Glaeske et al., 2009; GPS, 2008; Pfaff et al., 2009) untersucht. Diese Institutionen sind dem Klinikverbund Bremen, dem Diakonischen Werk und dem Gesundheitsamt Bremen zugehörig. Als stationäre Institution gehört dieser Kooperation die „Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik im Klinikum Bremen Ost“ an (45 Plätze), als teilstationäre Versorgungsinstitutionen die „Tagesklinik im Klinikum Bremen Ost“ (10 Plätze), die „Tagesklinik Virchowstraße in Bremerhaven“ (8 Plätze) und seit 2011 die „Tagesklinik Bremen Nord“ (15 Plätze), die ambulanten Institutionen „Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik im Klinikum Bremen Ost“, die „Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und Psychiatrische Institutsambulanz im Gesundheitsamt Bremen (Kipsy)/die Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen im Gesundheitsamt Bremen (Escape; seit 2011)“ und die „Institutsambulanz Bremerhaven“ (seit 2011) in der Tagesklinik Virchowstraße (vgl. hierzu Lorenz & Voigt, 2011; 2012).

Diese Kooperation der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen bietet besonders durch die Integration des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine niedrighschwellige und breit angelegte Säule der Versorgung im Bundesland Bremen für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen an, die nur die ansässigen Psychiater, Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in eigenen Praxen nicht mit einbezieht. Angeregt wird die Kontaktaufnahme meist von den Kindern und Jugendlichen selbst, den Angehörigen, Kinder- und Jugendpsychiatern oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Kinderärzten, aber auch von Schulen, dem Jugendamt oder dem Gericht (Lorenz & Voigt, 2012). Die Sekundärdatenanalysen der vorliegenden Forschungsarbeit untersuchen somit die Verteilungen psychischer Störungen und entwicklungspsychopathologische Zusammenhänge innerhalb der untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation, nicht der Gesamtbevölkerung.

### ***6.2.1. Klassifikation der Variablen: die Versorgungsdokumentation***

Einer der Mindeststandards nach DNVF (u. a. Glaeske et al., 2009) und GPS (2008) ist die standardisierte Erfassung und die transparente Darstellung/Dokumentation der Versorgung. In den theoretischen Ausführungen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wurde bereits die standardisierte Basisdokumentation (BADO) nach Englert et al. (2006) vorgestellt (vgl. Kap. 4.1.), die eine Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung gewährleisten

möchte. Jaeger, Flammert und Steinert (2011) überprüften die Zuverlässigkeit dieser Art der psychiatrischen Dokumentation, indem sie die BADO-Dokumentation mit elektronischen Krankenakten verglichen. Die Autoren konnten für viele der Items der BADO eine hohe Reliabilität nachweisen und wiesen auf eine Eignung für die Untersuchung von Forschungsfragen hin.

**Tabelle 3.** Zusammenfassung der Versorgungsdokumentation der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen (modifiziert nach Lorenz & Voigt, 2012)

<b>A Soziodemographische Patientenangaben</b>	u. a. Behandlungsdauer, Rechtsgrundlage, Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Nationalität, Wohnort, Schule/Ausbildung, Familiensituation (z. B. alleinerziehend), Tätigkeit und Ausbildung der Eltern, Kinderanzahl in der Aufenthaltsfamilie
<b>B Auffällige Erscheinungen<sup>a</sup></b>	u. a. chronische körperliche Erkrankungen, Medienmissbrauch, Auffälligkeiten im Sozialverhalten, Aggressives Verhalten, Kontaktprobleme, Auffälligkeiten im emotionalen Bereich, suizidale Handlungen
<b>C Multiaxiale Diagnose</b>	alle Achsen nach MAS (s. Tab. 2) inklusive komorbider Diagnosen auf Achse 1 oder Achse 4
<b>D Behandlung</b>	u. a. Ort der Behandlung (Institution), Methodik (z. B. analytisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch, Musik-, Kunst-, Soziotherapie, Ergotherapie), Ergebnis (z. B. Besserung der Gesamtsituation oder der Symptomatik), empfohlene Weiterbehandlung

*Anmerkungen:* a: Beobachtungen innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Behandlungsbeginn; MAS: Multiaxiales Klassifikationsschema nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2006)

In den zuvor benannten kooperierenden Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen wurde eine verkürzte Version der BADO entwickelt, die nur zwei DIN-A-4-Seiten umfasst und seit 2005 nach jeder erfolgten Behandlung praktikabel und in allen Einrichtungen einheitlich eingesetzt werden konnte (s. Anhang 8; vgl. hierzu Lorenz, 1996; Lorenz & Voigt, 2011; 2012). Die Versorgung wurde für jedes Kind oder Jugendlichen von den Fall führenden Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Sozialarbeitern nach jeder abgeschlossenen Behandlung dokumentiert (s. Tab. 3).

*Aufbereitung der Versorgungsdokumentation für den Forschungskontext.* Zweck der Versorgungsdokumentation ist die Evaluation und Qualitätssicherung der Behandlungen (vgl. hierzu u. a. Lorenz & Voigt, 2012). Die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen erfassten hierfür jede Behandlungsepisode einzeln. Da ein Anteil der Kinder und Jugendlichen jedoch pro Jahr, und erst Recht über die Jahre hinweg, mehrfach Hilfe in den Institutionen aufsuchte, wurden diese Kinder oder Jugendlichen durch diese Vorgehensweise auch mehrfach erfasst. Um Verzerrungen durch mögliche Häufungen der Diagnoseverteilungen zu ver-

meiden, wurden diese Mehrfachbehandlungen für die vorliegende Forschungsarbeit zusammengefasst. Von allen Kindern oder Jugendlichen wurde jeweils nur die letzte Behandlung in die Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit eingeschlossen. Durch die Auswahl der letzten Behandlung pro Patient wurde eine bessere Validität der Diagnosen gewährleistet, da dieses Vorgehen den kompletten diagnostischen Prozess berücksichtigt hat. Zudem wurden die vorliegenden Sekundärdaten in statistische Datenanalyseprogramme (SPSS) übertragen, um eine angemessene Auswertung zu ermöglichen. Leichte Veränderungen der Dokumentationsbögen wurden den Neuerungen angepasst, um eine einheitliche Auswertung für den Forschungskontext zu ermöglichen.

*Klassifikation Migrationsstatus und ethnische Zugehörigkeit.* Die Versorgungsdokumentation der Einrichtungen erfasst unter anderem die ethnische Herkunft der Kinder und Jugendlichen und die Nationalität (vgl. Tab. 3, 4). Die Einordnung eines ethnischen Hintergrundes ergibt sich somit aus der Herkunft des Kindes, der Eltern oder Großeltern. Basierend auf der Definition des Statistischen Bundesamtes (2013; vgl. Kap. 2.1.) weisen für die vorliegende Forschungsarbeit somit alle Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund auf, wenn eine nichtdeutsche ethnische Herkunft vorliegt (vgl. Tab. 4).

**Tabelle 4.** Ethnische Gruppierung der vorliegenden Forschungsarbeit (basierend auf Item A. 9 nach Lorenz & Voigt, 2012)

<b>Ethnie</b>	<b>Definition für die Kinder und Jugendlichen<sup>a</sup></b>
<b>Deutsch</b>	ohne Migrationshintergrund
<b>Türkisch</b>	mit Hintergrund aus der Türkei (türkischsprachig)
<b>Kurdisch</b>	mit Hintergrund aus kurdischen Gebieten (Türkei, Libanon, Irak, Syrien; u. a. kurdischsprachig)
<b>Afrikanisch</b>	mit Hintergrund aus afrikanischen Ländern außer Nordafrika (s. arabisch)
<b>Russisch</b>	mit Hintergrund aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion (u. a. russischsprachig)
<b>Polnisch</b>	mit Hintergrund aus Polen
<b>Arabisch (orientalisch)</b>	mit Hintergrund aus arabischen Ländern (Nahe Osten bis Nordafrika: u. a. Libanon, Ägypten, Kuwait, Bahrain, Saudi-Arabien, Jemen, Syrien, Jordanien, Libyen, Tunesien, Algerien, Marokko; arabischsprachig) oder anderen orientalischen Ländern (Iran).
<b>Asiatisch</b>	mit Hintergrund aus allen asiatischen Ländern (u. a. Malaysia, Japan, Indonesien, Pakistan, Indien, Israel), außer russischen oder arabischen/orientalischen
<b>Anders europäisch</b>	mit Hintergrund aus allen europäischen Ländern (u. a. Irland, Norwegen, Schweden, Albanien, Italien, Spanien, Frankreich) außer Polen, Türkei und Deutschland
<b>Anders unbekannt</b>	mit unbekanntem, aber nichtdeutschem Hintergrund oder aus einem Land, das nicht den zuvor aufgeführten Kategorien zugeordnet werden kann (u. a. Amerika, Australien)

*Anmerkung:* a: selbst eingewandert, oder ihre Eltern oder Großeltern (1., 2. oder 3. Generation)

*Klassifikation soziodemografischer und weiterer Variablen.* Neben dem Fokus auf dem Migrationsstatus sollen in der vorliegenden Forschungsarbeit weitere Risikofaktoren für psychische Störungen identifiziert und gegebenenfalls in Beziehung zum Migrationsstatus gesetzt werden. Basierend auf den Items der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsdokumentation wurden hierfür unterschiedliche Umgebungsfaktoren der Kinder und Jugendlichen in die Analysen eingeschlossen. Zunächst wurden Aspekte wie das *Geschlecht* oder auch das *Alter der Kinder oder Jugendlichen* berücksichtigt; das Alter besonders bei Analysen zu spezifischen psychischen Störungsbildern wie denen, die durch psychotrope Substanzen verursacht sind und in der Regel erst im Jugendalter auftreten (vgl. hierzu Whiteford et al., 2013). Da in der Bremer Versorgungsdokumentation das monatliche Einkommen der Familien als mögliches Maß für den sozioökonomischen Status nicht erfasst wurde, kann der *Bildungshintergrund der Eltern* (Item A 14.2: ‚Ausbildung der Eltern‘; vgl. u. a. Lorenz & Voigt, 2012) als Annäherung an den sozioökonomischen Status interpretiert werden. Dieser wurde in die Untersuchungen eingeschlossen. Die *Intelligenz* der Kinder und Jugendlichen wurde basierend auf standardisierter Testdiagnostik, z. B. der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIK-IV; Petermann & Petermann, 2010), oder dem klinischen Eindruck der Fall führenden Fachkräfte erfasst und in die Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit integriert (Item C.3: ‚3. Achse: Intelligenzniveau‘; vgl. hierzu u. a. Lorenz & Voigt, 2012; Remschmidt et al., 2006). Berücksichtigung fanden außerdem die *Umgebungsfaktoren der Kinder und Jugendlichen, die auf der fünften Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas* kodiert sind: 1. Unnormale psychosoziale Umstände, 2. Psychische Störung in der Familie, 3. Unangemessene familiäre Kommunikation, 4. Unnormale Erziehungsbedingungen, 5. Unnormale unmittelbare Umgebung, 6. Akute belastende Lebensereignisse, 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren, 8. Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Schulkontext, 9. Belastende Ereignisse aufgrund der psychischen Störung des Kindes (vgl. hierzu Lorenz & Voigt, 2012; Remschmidt et al., 2006; zur detaillierten Beschreibung s. Anhang 9: Tab. A.1).

*Klassifikation der psychischen Erkrankungen.* Innerhalb der systematischen Literaturrecherche wurden die psychischen Störungen in Erkrankungen mit internalisierender oder externalisierender Symptomatik eingeteilt. Studien mit Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung greifen hierbei oft auf Screeningverfahren wie die Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) oder den Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) zurück. Für die klinischen Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit wurden anhand der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen die internalisierenden oder externalisierenden Stö-

rungsgruppen festgelegt. Bei Vorliegen von Störungen (kodiert nach ICD-10; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2006) mit depressiven, ängstlichen, obsessiven oder bipolaren Symptomen wurde die internalisierende Störungsgruppe definiert. Diese Einteilungen fanden unabhängig von komorbiden Diagnosen statt und basieren auf den nach ICD-10 klassifizierten Störungen der Kinder und Jugendlichen (internalisierend zutreffend bei: F3, F 40-43, F 92, F 93). Aggressive, hyperkinetische oder unaufmerksame Symptome galten als externalisierende Verhaltensauffälligkeit. Die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92 nach ICD-10) wurde innerhalb der unterschiedlichen Studien beiden Gruppen zugeordnet, internalisierend sowie externalisierend, da Kinder und Jugendliche bei dieser Störung depressive sowie aggressive Symptome aufweisen (Studie 3 und Studie 4). Bei den Analysen zu externalisierenden Störungen wurde aufgrund des höheren Anteils genetischer Ursachen (vgl. Kap. 1.2; Lahey & Waldman, 2012; Poelmans, Pauls, Buitelaar & Franke, 2011) auf die Integration der Aufmerksamkeitsstörungen verzichtet, um migrationsspezifische oder andere soziale Aspekte herausfiltern zu können. Somit wurden ausschließlich Risikofaktoren für Störungen des Sozialverhaltens (F 91, 92) bestimmt (Studie 3; vgl. Tab. 5). Für weitere Analysen, die über die Betrachtung der internalisierenden oder externalisierenden Symptomatik hinausgehen (Studie 5), wurden die psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen jeweils in die hauptsächlichen Kategorien des ICD-10 zusammengefasst (z. B. F 2, F 3). Aufgrund der abweichenden Symptomatik bei einigen Kategoriengruppen des ICD-10 wurden bei den neurotischen Störungen (F 4) und den Störungen mit Beginn in der Kindheit (F 9) die Unterkategorien (z. B. F 43, F 90) detaillierter analysiert.

### **6.2.2. Stichprobe**

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die Versorgungsdokumentationen der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen von 2005-2012 bearbeitet. Zunächst wurden die Veränderungen in der Erfassung (aus den Jahren 2009, 2011, 2012) vereinheitlicht, um eine angemessene und kongruente Auswertung zu ermöglichen. In Studie 3-5 wurden Daten der Inanspruchnahme bis zum Jahr 2011 analysiert. Im Folgenden werden jedoch alle bearbeiteten Versorgungsdaten der Jahre 2005-2012 aufgeführt, die im Verlauf der Forschungsarbeit für die statistische Auswertung aufbereitet wurden. Insgesamt sind nach der endgültigen Bereinigung der Daten von 2005-2012 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen  $N = 7186$  Behandlungsepisoden zu verzeichnen. Nach Entfernung aller mehrfachen Behandlungsepisoden (innerhalb der Jahre und über den Jahresverlauf) beträgt die Anzahl aller behandelten Kinder und Jugendlichen in diesem Zeitraum  $N = 5594$ . Das Alter der Kinder und

Jugendlichen liegt zwischen 1 und 26 Jahren, mit einem Mittelwert von  $M = 13.70$  und einer Standardabweichung von  $SD = 3.4$ . Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen sind männlich (56.7%) und wurden ambulant behandelt (51.6 %). In stationärer psychotherapeutischer Behandlung waren  $N = 1591$  (28.5 %) Kinder und Jugendliche, in teilstationärer Behandlung  $N = 1105$  (19.9 %). Die Anzahl der ambulanten Behandlungskontakte lag zwischen einem und 60 Kontakten, durchschnittlich bei  $M = 4$  Kontakten ( $SD = 5.95$ ).

**Tabelle 5.** Verteilung der ethnischen Gruppen in der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation von 2005-2012 ( $N = 5594$ )

Ethnische Gruppe	Anzahl (%)
1. Deutsch	4211 (75.2)
2. Türkisch	444 (7.9)
3. Polnisch	189 (3.4)
4. Anders Europäisch	152 (2.7)
5. Russisch	143 (2.6)
6. Arabisch	132 (2.4)
7. Afrikanisch	118 (2.1)
8. Kurdisch	83 (1.5)
9. Unbekannt	78 (1.4)
10. Asiatisch	44 (0.8)

Einen Migrationshintergrund wiesen  $n = 1383$  (24.7 %) der Kinder und Jugendlichen auf. Die Mehrheit hatte einen türkischen Migrationshintergrund, gefolgt von Kindern mit polnischem, europäischem oder russischem Hintergrund (vgl. Tab. 5). Die Anregung zur Kontaktaufnahme kam überwiegend durch die Erziehungsberechtigten zustande ( $n = 1600$ ), durch Jugendliche selbst ( $n = 1517$ ), durch das Jugendamt/Amt für Soziale Dienste ( $n = 1001$ ), durch die Schule/Lehrkräfte ( $n = 675$ ), Kinderärzte ( $n = 326$ ) oder andere Institutionen wie dem Gericht/der Polizei, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendhilfeträgern. Die häufigsten Behandlungsanlässe waren Auffälligkeiten im emotionalen Bereich ( $n = 4355$ ), Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten ( $n = 3629$ ), aggressives Verhalten ( $n = 2773$ ) oder Kontaktprobleme ( $n = 2645$ ). Hergeleitet aus dem höchsten Schulabschluss der Eltern konnte für  $N = 4810$  Kinder und Jugendliche der Bildungshintergrund festgestellt werden. Hiervon sind 41 % der niedrigen Bildungsschicht (höchstens Hauptschulabschluss der Eltern) zugehörig, 43 % der mittleren Bildungsschicht (mindestens ein Elternteil Realschulabschluss) und 16 % der höheren Bildungsschicht (mindestens ein Elternteil Fachhochschulreife/Abitur). Insgesamt waren zwischen 2005 und 2012  $n = 334$  Kinder oder Jugendliche im Behandlungszeitraum ohne Schule oder Ausbildung. Im Kindergarten oder der Vorschule waren  $n = 215$  Kinder,  $n = 726$  in der Grundschule,  $n = 208$  in der Orientierungsstufe,  $n = 1508$  Kinder oder Jugendliche waren an Haupt-, Real- oder Gesamt-/Oberschulen,  $n = 735$  an Gymnasien,  $n = 348$  in der

Ausbildung oder berufsbildenden Schulen und  $n = 641$  wiesen einen Förderbedarf (Lernen, Sprache oder Entwicklung) auf.

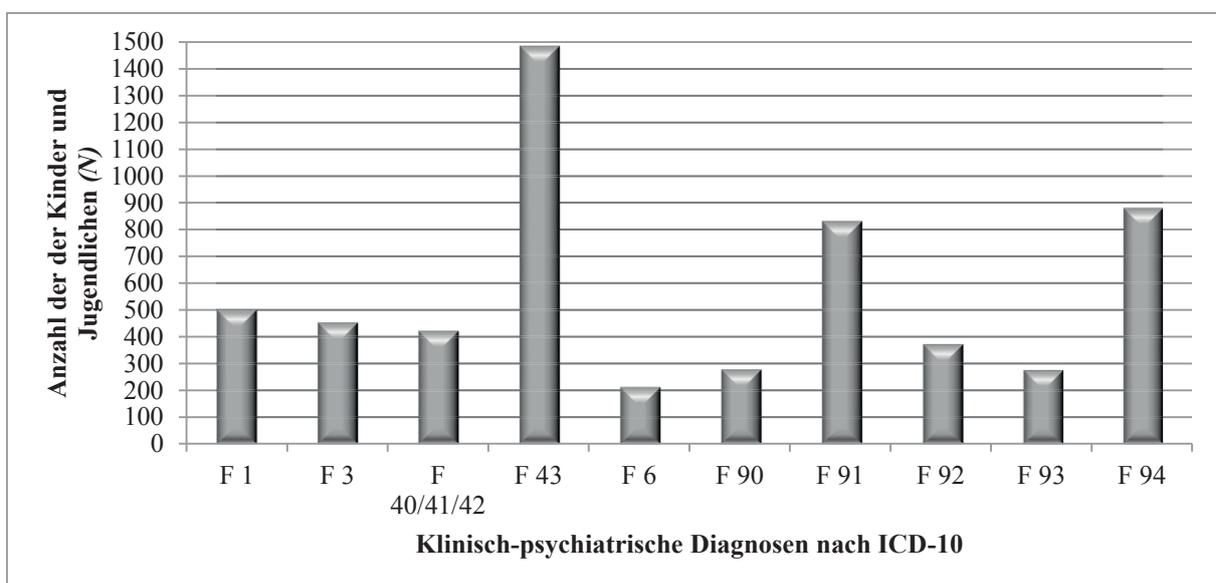
Da die vorliegende Forschungsarbeit Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund fokussiert, werden im Folgenden einige Unterschiede soziodemografischer Daten zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund aufgeführt (vgl. Tab. 6). Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund fällt auf, dass der prozentuale Anteil der Gymnasiasten in der Tendenz niedriger war und der Anteil derer in berufsbildenden Maßnahmen oder ohne Schulversorgung oder Ausbildung wiederum höher lag. Im Vergleich zu denen ohne einen Migrationshintergrund wies ein größerer prozentualer Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund einen niedrigen Bildungshintergrund (der Eltern) auf. Gleichzeitig lebten bei ihnen mehr Kinder innerhalb der Familien und im prozentualen Anteil lebten mehr Kinder oder Jugendliche mit Migrationshintergrund bei beiden (biologischen) Elternteilen.

**Tabelle 6.** Soziodemographische Bedingungen bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ( $N = 5594$ )

	Ohne Migrationshintergrund <sup>a</sup> ( $N = 4211$ ; 75 % <sup>b</sup> )	Mit Migrationshintergrund <sup>a</sup> ( $N = 1383$ ; 25 % <sup>b</sup> )
<b>Bildungshintergrund<sup>c</sup></b>		
Niedrig	1283 (35.6)	667 (55.4)
Mittel	1666 (46.2)	403 (33.5)
Hoch	657 (18.2)	134 (11.1)
<b>Kinderanzahl in der Familie</b>		
$M$ ( $SD$ )	1.68 (1.34)	2.09 (1.58)
<b>Schulsituation<sup>d</sup></b>		
Ohne Schule	223 (5.3)	111 (8.0)
Hauptschule	273 (6.5)	101 (7.3)
Realschule	473 (11.2)	150 (10.8)
Gymnasium	588 (14.0)	147 (10.6)
Gesamt-/Oberschule	820 (19.5)	261 (18.8)
Förderung L(ernen)	280 (6.7)	89 (6.4)
Förderung G(eistige Behinderung)	137 (3.3)	40 (2.9)
Förderung E(ntwicklung)	78 (1.9)	17 (1.2)
Berufsbildende Schulen	105 (2.5)	50 (3.6)
Ausbildung	140 (3.4)	53 (3.8)
<b>Familiensituation</b>		
Mit beiden Elternteilen	883 (24.4)	411 (34.0)
Mit einem Elternteil	1760 (48.6)	534 (44.2)
Nicht bei den Eltern	982 (27.1)	264 (21.8)

*Anmerkungen:* a. Aufgeführt wird nur der Anteil und die prozentuale Häufigkeit gemessen an denen mit oder ohne Migrationshintergrund, nicht der Gesamtzahl; b. Anteil an allen Kindern und Jugendlichen der gesamten Inanspruchnahmepopulation; c. Vorhandene Angaben nur  $N = 4810$ ; d. aufgeführt werden nur die Schulformen für Jugendliche, bei denen eine unterschiedliche Entwicklung möglich wird (Grundschule, Kindergarten etc. nicht);  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung

*Klinisch-psychiatrische Diagnosen.* Die Verteilung der klinisch-psychiatrischen Diagnosen ( $N = 5907$ ) der Kinder und Jugendlichen ist sehr unterschiedlich. Die meisten der Diagnosen wurden als gesichert angegeben ( $n = 4699$ ) und es wurden weniger ( $n = 1208$ ) Verdachtsdiagnosen vergeben. Komorbide Diagnosen wurden bei  $n = 1073$  Kindern und Jugendlichen vermerkt. Die häufigsten klinisch-psychiatrischen Diagnosen der Kinder und Jugendlichen waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43;  $n = 1486$ ), die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92), die Störungen des Sozialverhaltens (F 91) oder psychische und Verhaltensstörungen verursacht durch psychotrope Substanzen (F 1). Die zehn häufigsten Diagnosen ( $n > 200$ ) sind in Abbildung 5 aufgeführt.



**Abbildung 5.** Die zehn häufigsten klinisch-psychiatrischen Diagnosen in der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation von 2005-2012 ( $N = 5594$ )

*Anmerkungen:* F 1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F 3: Affektive Störungen; F 40/41/42: Phobische, sonstige Angststörungen und Zwangsstörungen; F 43: Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen; F 6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F 90: Hyperkinetische Störungen; F 91: Störungen des Sozialverhaltens; F 92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen; F 93: Emotionale Störungen des Kindesalters; F 94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (elektiver Mutismus und Bindungsstörungen)

### 6.2.3. Statistisches Vorgehen

*Studiendesign.* Basierend auf den Klassifikationen der Versorgungsdokumentation wurden die Studiendesigns für die Sekundärdatenanalysen (Studien 3-5) wie in Tabelle 5 aufgeführt festgelegt. Alle drei klinischen Studien der vorliegenden Forschungsarbeit untersuchten den Einfluss von unterschiedlichen Faktoren auf die Psychopathologie von Kindern und/oder Jugendlichen. Als abhängige Variable wurde (wie zuvor beschrieben) somit immer eine oder

mehrere psychische Störungen der Kinder oder Jugendlichen bestimmt, während die unabhängigen Variablen je nach Fragestellung unterschiedliche psychische, soziale oder biologische Faktoren waren (vgl. Tab. 4; 7).

**Tabelle 7.** Studiendesign der vorliegenden Forschungsarbeit für Studie 3, 4 und 5

Studie	UV <sup>a</sup>	AV <sup>b</sup>	Population
<b>Studie 3</b>	<i>Modell 1 (enter):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrationshintergrund</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Geschlecht x Migrationshintergrund</li> </ul> <i>Modell 2 (enter):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bildungsstatus der Eltern</li> <li>• Anzahl der Belastungen</li> <li>• Unangemessene familiäre Kommunikation</li> <li>• Unangemessener Erziehungsstil</li> <li>• Stress in der Schule/Arbeitsplatz</li> <li>• Globalurteil (6. Achse nach MAS)</li> </ul>	<b>Störungen des Sozialverhaltens</b> (zusammengefasst: F 91/92)	2010; ausschließlich Jugendliche ( <i>N</i> = 779)
<b>Studie 4</b>	<i>Modell 1 (enter):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethnien</li> </ul> <i>Modell 2 (stepwise):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrationshintergrund</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Familiensituation</li> <li>• Bildungshintergrund der Eltern</li> <li>• Intelligenzniveau</li> <li>• Alle Faktoren der 5. Achse des MAS</li> </ul> <i>Modell 3 (enter):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifizierte Risikofaktoren aus Modell 2</li> <li>• die Interaktionen der Risikofaktoren mit dem Migrationsstatus</li> </ul>	<b>Internalisierende Störungen</b> (zusammengefasst: F 3/40/41/42/92/93)	2005-2011; Kinder und Jugendliche ( <i>N</i> = 6296)
<b>Studie 5</b>	<i>Modelle 1-17 (enter):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethnien</li> <li>• Nationalität</li> <li>• Geschlecht</li> </ul>	<b>Alle klinisch-psychiatrischen Diagnosen</b> (kodierte in F 1, F 2, F 3, F 4 gesamt, F 40-42, F 43, F 44-45, F 5, F 6, F 9 gesamt, F 90, F, 91, F 92, F 93, F 94, F 95, F 98)	2007-2011; je nach Störung Kinder und Jugendliche ( <i>N</i> = 5680) oder ausschließlich Jugendliche ( <i>N</i> = 3556)

*Anmerkungen:* UV: Unabhängige Variablen; AV: Abhängige Variablen; a: Modell (enter) alle Faktoren im Modell integriert, Modell (stepwise) schrittweise Filterung bedeutsamer Faktoren; b: Psychische Erkrankung kodiert nach ICD-10: die aufgeführten Störungen stellen jeweils  $y = 1$  der abhängigen Variable dar; MAS: Multiaxiales Klassifikationsschema nach Remschmidt et al., 2006)

*Statistische Verfahren.* Bei den Sekundärdatenanalysen für Studie 3-5 wurden die entwicklungspsychopathologischen Hypothesen mit Hilfe von binären logistischen Regressionsanalysen überprüft, um die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines empirisch beobachtbaren Ereignisses ableiten zu können. Es wurden hierfür mit Hilfe der asymptotisch  $\chi^2$ -verteilten Prüfgröße *W* (der Waldteststatistik) Null-Hypothesen überprüft, indem betrachtet wurde, ob

die unabhängigen Variablen einen Einfluss auf die Gruppentrennung der abhängigen Variablen ausüben (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2011). Dieser Art der Berechnungen lag ein einseitiges Fehlerniveau  $\alpha = .05$  und das Teststärkemaß  $(1-\beta) = .80$  zugrunde (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Die Modellgüte wurde jeweils mit Hilfe von Nagelkerkes  $R^2$  bewertet (Backhaus et al., 2011). Als Impactmaß wurde nach Heller, Dobson, Attia und Page (2002) das Odds Ratio angegeben.

Als abhängige Variable wurden je nach Fragestellungen für Studie 3-5 die psychischen Störungen der Kinder oder Jugendlichen kodiert. Es wurde beispielsweise für Studie 3 eingeteilt, ob Jugendliche eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen ( $y = 1$ ) oder nicht ( $y = 0$ ). Die unabhängigen Variablen sind je nach Fragestellung unterschiedlich, u. a. die Erziehung der Eltern, die Kommunikation in der Familie, der Bildungshintergrund, Geschlecht oder Migrationsstatus (vgl. Tab. 7). Beim Migrationsstatus wird zwischen mit oder ohne Migrationshintergrund unterschieden. Als Referenzkategorie der unabhängigen Variablen gilt immer ein deutscher Hintergrund. Alle weiteren Ausprägungen des Migrationsstatus in einzelne ethnische Gruppen sind die nach Lorenz und Voigt (2012) definierten Kategorien (vgl. Tab. 4). Während die Untersuchungen in Studie 3 sich nur auf Einjahresprävalenzen beziehen, wurde für Studie 4 und 5 jeweils ein größerer Zeitraum der Inanspruchnahmepopulation von Kindern und Jugendlichen betrachtet (zwischen 2005 und 2011).

Eine Adjustierung der Odds Ratios wurde aufgrund der vorhandenen Fragestellungen nicht vorgenommen, da für die Studien der gemeinsame Einfluss der Variablen von Interesse war. Für die Effektmodifikation wurden ausschließlich Interaktionen der unabhängigen Variablen hinzugezogen und analysiert (Studie 3 und 4). Zudem wurde innerhalb der Studien auf eine Anpassung der Klassifikationsschwellenwerte basierend auf der Prävalenz der Störungen verzichtet (vgl. hierzu Fromm, 2005), da eine Vergleichbarkeit der Studien 3-5 durch die Vereinheitlichung für den Cutt-off bei 0.05 (unabhängig von den jeweiligen Prävalenzen der Störungen) gewährleistet sein sollte. Zur Überprüfung der Teststärke wurden wiederum Poweranalysen durchgeführt, die für jede Studie mit ihrem jeweiligen Stichprobenumfang ein Mindestmaß des Odds Ratios für die Teststärke  $(1-\beta) = .80$  kalkultierten. Für Studie 5 wurden zusätzlich Bootstrapping durchgeführt, um die Ergebnisse der logistischen Regressionen zu validieren. Je nach Fragestellungen wurden bei den binär logistischen Regressionen schrittweise Modelle (Studie 4) gewählt, wenn beispielsweise die Risikofaktoren herausgefiltert werden sollten. Für die Analysen literaturbasiert ermittelter Risikofaktoren wurden alle unabhängigen Variablen integriert (z. B. Studie 3). Der Vergleich des Anteils an Kindern und Ju-

gendlichen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung und dem in der Inanspruchnahmepopulation wurde mit Hilfe einer  $\chi^2$ -Überprüfung vorgenommen. Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS 20.0 (IBM Corporation Released, 2011) durchgeführt; die Poweranalysen mit der Power/Sample Size Calculation for logistic Regression with binary covariates (2014).

## 7. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aller Studien inhaltlich sortiert und von den Publikationen abweichend den übergreifenden Fragestellungen und Hypothesen dieser Forschungsarbeit angepasst, und dementsprechend auch hypothesengeleitet dargestellt<sup>2</sup>.

### 7.1. Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

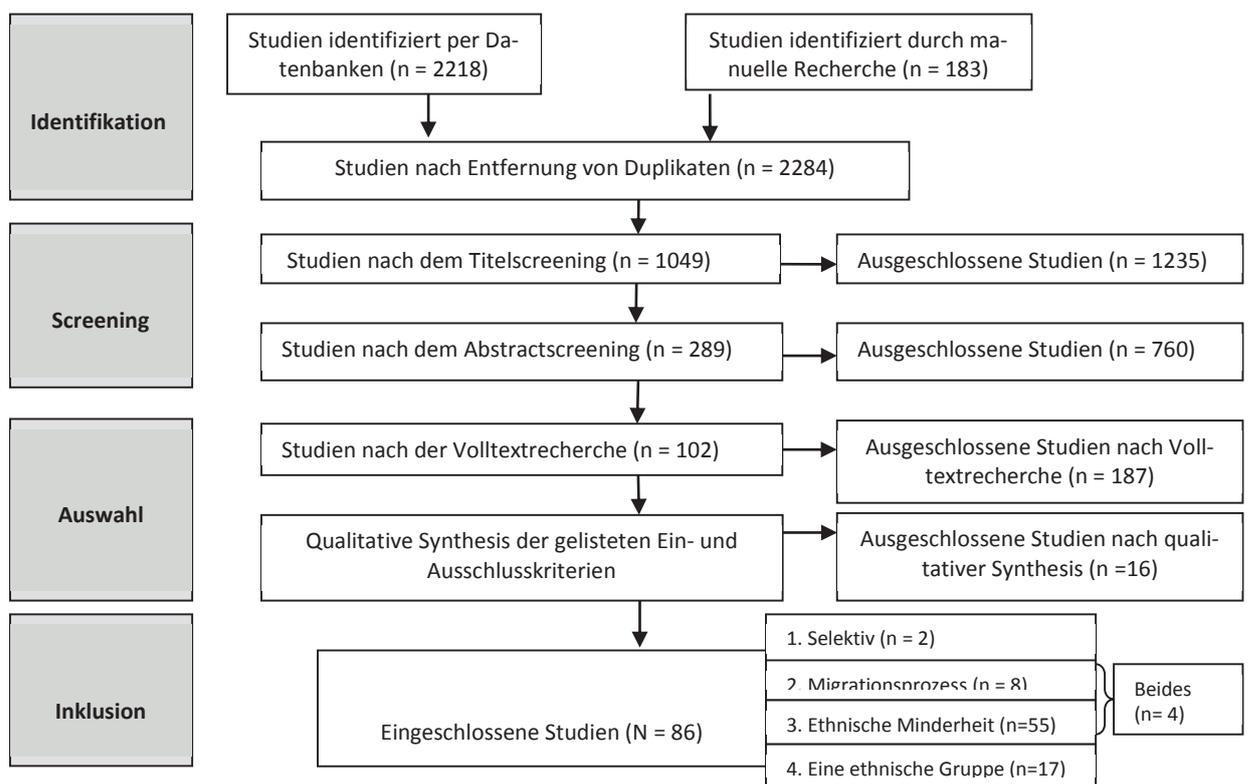
Die systematische Literaturrecherche wurde zunächst getrennt für Europa und Nordamerika durchgeführt. Da im Verlauf dieser Recherche festgestellt werden konnte, dass in Amerika zahlreiche Forschungsstudien ab 2007 durchgeführt wurden, konnten im Rahmen der Publikation (Studie 1) nur Studien von 2009 bis 2013 berücksichtigt werden. Für die vorliegende Forschungsarbeit sollte allerdings ein ganzheitlicher Überblick über alle Studien von 2007 bis 2013 gegeben werden, um eine komplette Weiterführung der Studie von Stevens und Vollebergh (2008) für westliche Länder (in der vorliegenden Forschungsarbeit Europa und Nordamerika) vorzunehmen. Somit konnte ein ganzheitlicher Eindruck darüber gewonnen werden, wie sich die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern aktuell darstellt.

In Abbildung 6 wird die komplette systematische Recherche der Studien zwischen 2007 und 2013 dargestellt, die die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund für Europa und Nordamerika untersuchten. Alle Schlagworte der Recherche oder die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen den in Studie 1 und Studie 2 aufgeführten Kriterien. Die zusätzlichen amerikanischen Studien von 2007-2008, die über Studie 1 und 2 hinausgehen, sind im Anhang (8; Tabelle A.2) ersichtlich. Studie 3 dieser Forschungsarbeit ist wiederum in der europäischen Publikation (Studie 2) aufgeführt und somit bereits

---

<sup>2</sup> Wenn die Ergebnisse den zuvor formulierten (Alternativ-)Hypothesen entsprechen, gelten die Hypothesen als bestätigt.

auch in diese Ergebnisse integriert. Zu Beginn der Recherche konnten mit Hilfe von Datenbanken und manueller Recherche 2284 potentielle Studien identifiziert werden. Die Anzahl der endgültigen Studien, die alle Einschlusskriterien erfüllten, lag bei  $N = 86$  (s. Abb. 6). Hiervon sind 36 europäische Studien und 50 nordamerikanische Studien. Nur zwei Studien nahmen die selektive Perspektive ein, indem in unterschiedlichen Ländern untersucht wurde. Acht Studien analysierten den Migrationsprozess von Kindern und Jugendlichen, 55 Studien untersuchten den Effekt (vgl. Kap. 6.1., S. 44) ethnischer Minderheiten, vier Studien betrachteten diesen Effekt und gleichzeitig den Migrationsprozess. Bei der Recherche amerikanischer Studien konnten 17 Studien gefunden werden, die die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen einer ethnischen Gruppe analysiert hatten. Für die weiteren hypothesengeleiteten Auswertungen wurden quantitativ die Ergebnisse oder Teilergebnisse der systematischen Recherchen je nach Fragestellung ausgezählt und tabellarisch aufgelistet.



**Abbildung 6.** Flow-Chart der Studienselektion

*Epidemiologische Hypothese.* Es wurde postuliert, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Vergleich zu denen ohne diesen Hintergrund eine erhöhte Prävalenz psy-

chischer Störungen in westlichen Einwanderungsländern aufweisen (Hypothese I). Zur Beantwortung dieser Hypothese gibt Tabelle 8 eine detaillierte Übersicht über die Anzahl der Studien, die jeweils in ihren Ergebnissen oder Teilergebnissen den Vergleich von Kindern oder Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund oder der unterschiedlichen eingewanderten Generationen (erste, zweite/dritte) zur Prävalenz von externalisierenden oder internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten aufzeigten. Insgesamt wird deutlich (s. Tab. 8), dass viele Studien mehrere Teilergebnisse aufzeigen konnten, so dass die Anzahl der Ergebnisse über der Anzahl der Studien liegt.

**Tabelle 8.** Übersicht der Prävalenzverhältnisse psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit oder ohne Migrationshintergrund im Vergleich (entnommen aus den vergleichenden Studien der systematischen Recherche;  $N = 69$ )

<i>Amerikanische Studien (N = 33)</i>			
Studienfokus	> mM <sup>a</sup>	> oM <sup>a</sup>	Gleich <sup>b</sup>
Alle amerikanischen Vergleichsstudien	17	7	5
Internalisierende Störungen	10	4	1
Externalisierende Störungen	7	3	5
Studienfokus	> 1.G	> 2./3. G	Gleich <sup>b</sup>
Vergleich des Migrationsprozesses	4	2	3
<i>Europäische Studien (N = 36)</i>			
Studienfokus	> mM <sup>a</sup>	> oM <sup>a</sup>	Gleich <sup>b</sup>
Alle europäischen Vergleichsstudien	30	9	21
Internalisierende Störungen	22	2	7
Externalisierende Störungen	8	7	14
Studienfokus	> 1.G	> 2./3. G	Gleich <sup>b</sup>
Vergleich des Migrationsprozesses	2	1	4

*Anmerkungen:* a. Prävalenz psychischer Störungen erhöht bei dieser Gruppe; mM: mit Migrationshintergrund; oM: ohne Migrationshintergrund; G: Generation; b. Prävalenz psychischer Störungen gleichverteilt (ohne signifikanten Unterschied); *Beispiel für die Auswertungsstrategie in Studien mit mehreren Teilergebnissen:* wenn eine ethnische Gruppe signifikant unter den Einheimischen lag und gleichzeitig andere darüber lagen, wurde die einheimische Gruppe sowohl niedriger als auch höher eingestuft. Dasselbe galt für die Kinder mit Migrationshintergrund. Die genaueren ethnischen Analysen der einzelnen Migrantengruppen wurden wiederum separat vorgenommen.

Für beide Kontinente (Amerika und Europa) wird als Gesamtergebnis deutlich, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine höhere Prävalenz psychischer Störungen aufweisen als Kinder und Jugendliche ohne diesen Hintergrund. So konnten in allen systematisch recherchierten Studien insgesamt 47 Analysen dieses Ergebnis nachweisen, 16 Untersuchungsergebnisse zeigten eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen für Kinder und Jugendliche ohne einen Migrationshintergrund auf und 26 Studienergebnisse weisen auf eine

gleichwertig verteilte Prävalenz beider Gruppen hin. Dieses Ergebnis fällt für amerikanische Studien deutlicher aus, während in Europa das Verhältnis zwischen den Studienergebnissen ausgeglichener ist. 30 europäische Studienergebnisse zeigten beispielsweise eine erhöhte Prävalenz der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, aber genauso viele Studienergebnisse wiesen auf eine erhöhte Prävalenz bei denen ohne einen Migrationshintergrund hin (9) oder auf eine gleichwertige Prävalenz dieser Gruppen (21). Besonders prägnant zeigte sich die erhöhte Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund bei den internalisierenden Störungen, da 32 Studienergebnisse eine erhöhte Prävalenz internalisierender Störungen aufzeigen konnten, im Verhältnis zu nur 6 Untersuchungsergebnissen mit einer erhöhten Prävalenz der einheimischen Kinder oder Jugendlichen und 7 Ergebnissen mit einer gleichverteilten Prävalenz der untersuchten Gruppen. Das Verhältnis bei den externalisierenden Störungen ist weniger eindeutig und weist auf eine gleichverteilte Prävalenz bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund hin (s. Tab. 8).

*Zusammenfassung.* Es zeigt sich, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund eine höhere Prävalenz psychischer Störungen vorlag. Dies galt besonders bei den internalisierenden Störungsgruppen und war in Amerika deutlicher als in Europa. Hypothese I konnte durch das Gesamtergebnis bestätigt werden (vgl. Studie 1 und Studie 2 sowie Anhang 10).

## **7.2. Spezifische Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund**

*Hypothese II.I: Einwanderungsgeneration.* Als weitere Hypothese wurde formuliert, dass die Prävalenz psychischer Störungen bedeutsam höher bei immigrierten Kindern und Jugendlichen der ersten Generation im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen der zweiten oder dritten Generation ist. Betrachtet man die Ergebnisse der Studien, die in diesem Bereich Teilergebnisse aufzeigen konnten (vgl. Tab. 8), so wiesen Kinder der ersten Generation in sechs Analysen eine signifikant höhere Prävalenz auf, in drei Studien war die Prävalenz der zweiten oder dritten Generation höher und sieben Studienergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede der Generationsgruppen auf. Somit kann diese Hypothese nicht bestätigt werden, da die vorliegenden Ergebnisse einen Hinweis darauf geben, dass sich psychische Störungen unabhängig von der Migrationsgeneration entwickeln (s. Tab. 8; vgl. Studie 1 und Studie 2 sowie Anhang 10).

*Hypothese II.II: Risikofaktoren.* Es wurde postuliert, dass migrationsspezifische Risikofaktoren vorliegen, die spezifisch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund gelten und die Prävalenz psychischer Störungen dieser Kinder und Jugendlichen bedeutsam erhöhen. Im Rahmen der systematischen Recherche konnte diese Hypothese bestätigt werden und unterschiedliche migrationsspezifische Risikofaktoren konnten identifiziert werden.

**Tabelle 9.** Übersicht der Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (aus den Studien der systematischen Recherche;  $N = 86$ )

Risikofaktor	Prävalenz psychischer Störungen <sup>a</sup>	Anzahl der Studienergebnisse
<i>Migrationsspezifische Faktoren</i>		
<b>1. Kulturelle Identität</b>	Hohe Identität mit dem Einwanderungsland (meist US) < geringe Identität	5
	Hohe Identität (US) = geringe Identität	1
<b>2. Akkulturationsstress</b>	Hohes Ausmaß an subjektivem Akkulturationsstress > geringes Ausmaß an Stress	4
<b>3. Diskriminierungserfahrungen</b>	Vielfache Diskriminierungserfahrungen > wenig Diskriminierungserfahrungen	3
<b>4. Diskrepanz zwischen kultureller Orientierung der Kinder und ihren Eltern</b>	Hohe Diskrepanz (HD) > geringe Diskrepanz HD: Führt bei Müttern zu geringerer Wärme in der Erziehung; HD: Väter kümmern sich weniger um die Kinder	1
<b>5. Zeitpunkt der Einwanderung der Mütter</b>	Mütter als Erwachsene immigriert > Mütter als Kind/Jugendliche immigriert	1
<b>6. Zeit im Einwanderungsland</b>	Bereits längere Zeit (> 2 Jahre) < erst kurze Zeit (< 2 Jahre)	1
<b>7. Subjektive Akzeptanz der Mütter in der Einwanderungsgesellschaft</b>	Geringe Akzeptanz > Starke Akzeptanz	1
<b>8. Sprachkompetenzen in der Sprache des Einwanderungslandes der Mütter</b>	Geringe Sprachkompetenzen > hohe Sprachkompetenzen	1
<b>9. Sprachkompetenzen in der Sprache des Einwanderungslandes der Kinder/Jugendlichen</b>	Gute Sprachkompetenzen/kaum Akzent < geringe Sprachkompetenzen	1
<b>10. Ethnische Klassenzusammensetzung</b>	Starke Zusammensetzung aus Migrantenkindern < viele Kinder aus dem Einwanderungsland	1
<i>Unspezifische Faktoren</i>		
<b>11. Familiärer Zusammenhalt</b>	Starker Zusammenhalt/Verpflichtung > geringer Zusammenhalt/Verpflichtung	3
<b>12. Eltern-Kind-Konflikte</b>	Starke Konflikte > wenig Konflikte	2
<b>13. Disziplinforderungen der Mütter</b>	Starke Anforderungen an das Kind > geringe Anforderungen	1
<b>14. Sozioökonomischer Status</b>	Niedriger sozioökonomischer Status > hoher Status	1

*Anmerkung:* a: Prävalenz der psychischen Störungen der Kinder oder Jugendlichen ist entweder gleich (=) oder es liegen signifikante Unterschiede vor (größer bei einer Gruppe > oder kleiner <); US: United States

Methodisch konnte dies besonders durch die Hinzunahme der amerikanischen Studien aufgezeigt werden, die bei einzelnen ethnischen Gruppen die Risikofaktoren analysierten (keine

Vergleichsstudien). Außerdem wurden auch bei den europäischen und amerikanischen Vergleichsstudien des Öfteren Subfragestellungen (in Bezug auf die Migrantengruppen und Zusammenhängen zu Risikofaktoren) untersucht, die ebenfalls migrationsspezifische Risikofaktoren aufdecken konnten. Tabelle 9 listet alle migrationsspezifischen Risikofaktoren auf, die im Rahmen der systematischen Recherche identifiziert werden konnten. Insgesamt konnten basierend auf der systematischen Recherche aus 25 Studienergebnissen 10 unterschiedliche migrationsspezifische und 4 unspezifische Risikofaktoren identifiziert werden. Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wurde einerseits durch kindbezogene Faktoren erhöht wie die eigene kulturelle Identität, den Stress durch die Akkulturationsherausforderungen, vielfache diskriminierende Erfahrungen, geringe Sprachkompetenzen, einem starken Akzent in der Einwanderungssprache oder durch einen erst kurzen Aufenthalt im Einwanderungsland. Zudem wurde umweltbezogen deutlich, dass Kinder und Jugendliche besonders dann für psychische Störungen anfällig waren, wenn sie in der Schulklasse Mitglied einer ethnischen Minderheit waren. Gleichzeitig zeigten sich migrationsspezifische familienbezogene Faktoren, die eine Vulnerabilität dieser Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhöhten. Bei starken Diskrepanzen der kulturellen Orientierungen zwischen Eltern und Kindern, geringen Sprachkompetenzen der Mütter oder wenn sich Mütter wenig in der Einwanderungsgesellschaft akzeptiert fühlten, erhöhte dies die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Dasselbe galt bei den weiteren (migrations-) unspezifischen Risikofaktoren wie starkem familiärem Zusammenhalt, starken Erziehungsmaßnahmen der Mütter mit disziplinarischen/strengen Konsequenzen, starken Eltern-Kind-Konflikten oder einem geringen sozioökonomischen Status der Familien.

*Hypothese II.III: Ethnien.* Es wurde postuliert, dass psychische Störungen bedeutsam durch die ethnische Zugehörigkeit beeinflusst werden (Hypothese II.III.). Basierend auf der systematischen Recherche bestätigt sich diese Hypothese, da sich für internalisierende und externalisierende Störungen verschiedene ethnische Gruppen identifizieren ließen, die eine besonders hohe Prävalenz dieser Störungen aufwiesen. Tabelle 10 zeigt für Nordamerika und Europa zusammenfassend Studienergebnisse der ethnischen Vergleiche auf (Vergleiche waren Migrantengruppen untereinander und/oder im Vergleich zu Einheimischen). Ethnische Gruppen, die ausschließlich in einer Studie vorkamen wurden nicht berichtet, da in diesem Fall keine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien vorlag. Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass in Europa und Amerika unterschiedliche ethnische Gruppen untersucht wurden. Zudem lässt sich für keine ethnische Gruppe ein völlig homogenes Bild darstellen, da die

Studienergebnisse variierten. Trotzdem fielen in den amerikanischen Studien die Kinder und Jugendlichen mit farbiger Haut, asiatischen oder lateinamerikanischen Wurzeln vermehrt mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Störungen auf. Die farbigen Kinder und Jugendlichen wiesen vermehrt externalisierende Verhaltensprobleme auf, während die anderen Gruppen relativ gleichverteilt externalisierende sowie internalisierende Störungen aufwiesen. Kinder und Jugendliche mit europäischen Wurzeln wiesen in den amerikanischen Studien tendenziell eine niedrigere Prävalenz psychischer Störungen im Vergleich zu den anderen Migrantengruppen auf. Bei den europäischen Studien ist eine größere Vielfalt der ethnischen Gruppen zu erkennen. Kinder und Jugendliche mit türkischen oder marokkanischen Wurzeln wiesen erhöht internalisierende Störungen auf. Kinder und Jugendliche, die nichteuropäische bzw. nichtwestliche Wurzeln aufwiesen, mit pakistanischem oder indischem Hintergrund waren oder farbige Haut/afrikanische Wurzeln hatten, wiesen wiederum vermehrt internalisierende sowie externalisierende Verhaltensauffälligkeiten auf.

**Tabelle 10.** Prävalenz internalisierender und externalisierender Störungen der ethnischen Gruppen (entnommen aus den Studien der systematischen Recherche;  $N = 86$ )

Ethnie	Prävalenz psychischer Störungen						
	Niedriger <sup>a</sup>	Höher <sup>a</sup>	Gleich <sup>a</sup>	< int <sup>b</sup>	< ext <sup>b</sup>	> int <sup>c</sup>	> ext <sup>c</sup>
<i>Amerikanische Studien</i>							
Farbig/Afrikanisch	6	10	1	5	1	3	7
Europäisch	6	4	1	4	2	1	3
Lateinamerikanisch	3	4	2	4	2	2	2
Asiatisch	7	10	2	2	5	6	4
<i>Europäische Studien</i>							
Türkisch	4	9	1	2	2	6	3
Marokkanisch	1	4	1	-	1	3	1
Surinamesisch	3	3	-	2	1	3	-
Pakistanisch	-	2	1	-	-	1	1
Indisch	1	3	-	1	-	2	1
Farbig/Afrikanisch	-	2	-	-	-	1	1
Nichteuropäisch/-westlich	-	4	-	-	-	2	2
Anders Europäisch	1	1	-	-	1	1	-

*Anmerkungen:* a. Prävalenz psychischer Störungen insgesamt (internalisierend und externalisierend); *int*: Prävalenz internalisierender Störungen; *ext*: Prävalenz externalisierender Störungen; b. die Prävalenz der psychischen Störungen lag im Vergleich zu anderen ethnischen Gruppen (Migranten oder Nichtmigranten) signifikant niedriger; c. die Prävalenz der psychischen Störungen lag im Vergleich zu anderen ethnischen Gruppen (Migranten oder Nichtmigranten) signifikant höher

Weiterführend zu den systematischen Recherchen, die ausschließlich Aussagen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen trafen, konnten Analysen der Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen ebenfalls die ethnische Hypothese

II.III. bestätigen. Studie 3 konnte für die Störungen des Sozialverhaltens zunächst allerdings mit Hilfe der binär logistischen Analysen den Migrationshintergrund nicht als Risikofaktor für diese Störungen identifizieren (Regressionskoeffizient  $b = .17$ ; Odds Ratio  $OR = 1.18$ ; Signifikanz  $p = .588$ ). In dieser Studie wurde allerdings noch keine Unterscheidung der ethnischen Gruppen vorgenommen. Studie 4 konnte für die internalisierenden Störungen die ethnische Herkunft nur bedingt als Risikofaktor identifizieren, da sich ausschließlich die asiatische Herkunft als Prädiktor für internalisierende Störungen herausstellte ( $b = .53$ ;  $OR = 1.70$ ;  $p = .047$ ). In Studie 5 wurden aufgrund dessen interethnische Analysen vorgenommen (mit der Inanspruchnahmepopulation aus den Jahren 2007-2011) und es wurde untersucht, ob sich der ethnische Hintergrund der Kinder oder Jugendlichen möglicherweise als Prädiktor bei anderen psychischen Störungen identifizieren lässt. Die Ergebnisse aus Studie 5 zeigen auf, dass in der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation der ethnische Hintergrund ebenfalls einen bedeutsamen Prädiktor in der Vorhersage psychischer Störungen darstellte.

**Tabelle 11.** Ausschnitte mit den bedeutsamen Ergebnissen aus den Gesamtmodellen der interethnischen Analysen der Inanspruchnahmepopulation von 2007-2011 (aus Studie 5)

Prädiktor <sup>a</sup>	Kennwerte						
	$b$	$SE_b$	$\chi^2$	$df$	$p$	$OR$	$R^2$
<b>Kinder und Jugendliche (N = 5680)</b>							
Affektive Störungen (F 3 nach ICD-10)							.033
<b>Anders europäisch</b>	-1.20	.60	4.03	1	.045*	.30	
Belastungs- und Anpassungsstörungen (F 43)							.035
<b>Afrikanisch</b>	.57	.22	6.86	1	.009**	1.76	
Dissoziative und somatoforme Störungen (F 44-45)							.048
<b>Asiatisch</b>	1.27	.57	4.92	1	.027*	3.57	
<b>Jugendliche (N = 3556)</b>							
Störungen durch psychotrope Substanzen (F 1)							.054
<b>Polnisch</b>	.79	.37	.14	1	.034*	2.21	
<b>Russisch</b>	1.22	.35	12.32	1	.000***	3.38	
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F 2)							.032
<b>Türkisch</b>	1.39	.42	10.73	1	.001**	4.00	
<b>Arabisch</b>	1.72	.59	8.44	1	.004**	5.56	

Anmerkung: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .000$ ; a = Referenzgruppe jeweils die deutsche ethnische Gruppe;  $b$  = Regressionskoeffizient;  $SE_b$  = Standardfehler;  $df$  = Freiheitsgrad;  $p$  = Signifikanz;  $\chi^2$  = Wald- $\chi^2$ ;  $OR$  = Odds Ratio;  $R^2$  = Nagelkerk's  $R^2$  für das jeweilige Gesamtmodell

Bei Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund lag im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die aus anderen europäischen Ländern eingewandert waren, ein erhöhtes Risiko für affektive Störungen vor ( $b = -1.2$ ;  $OR = .30$ ). Zudem hatte bei Kindern und Jugendlichen die afrikanische Ethnie ( $OR = 1.8$ ) einen bedeutsamen Effekt und es traten vermehrt Belastungs- und Anpassungsstörungen bei dieser Gruppe auf. Die asiatische Ethnie ( $OR = 3.6$ ) konnte wiederum mit einer erhöhten Prävalenz dissoziativer oder somatoformer Störungen assoziiert werden. Bei Jugendlichen mit russischen oder polnischen Wurzeln trat vermehrt eine Störung verursacht durch psychotrope Substanzen auf ( $OR = 3.4$ ;  $OR = 2.2$ ). Die türkische oder arabische Herkunft zeigte sich bei Jugendlichen wiederum als starker Risikofaktor für Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen ( $OR = 4.0$ ;  $OR = 5.6$ ). Die Varianzaufklärung der Regressionsmodelle lag allerdings nur zwischen 3-5% (s. Tab. 11; Studie 5). Insgesamt lässt sich trotzdem festhalten, dass durch die systematische Recherche und die Analysen der Inanspruchnahmepopulation die Hypothese (II.III.) bestätigt wird. Die ethnische Zugehörigkeit hat einen bedeutsamen entwicklungspsychopathologischen Einfluss in der Kindheit und Adoleszenz.

*Hypothese II.IV: kulturelle Orientierung.* Es wurde bereits im theoretischen Hintergrund thematisiert, dass es weltweit sehr unterschiedliche kulturelle Orientierungen gibt (vgl. Kap. 3). Betrachtet man den Kollektivismus als eine der Kulturdimensionen nach Hofstede und Hofstede (2010; 2014), so kann festgestellt werden, dass in den westlichen Einwanderungsländern tendenziell eine individualistische Ausprägung vorherrscht (Hofstede & Hofstede, 2010; 2014). Es wurde im Rahmen dieser Forschungsarbeit wiederum postuliert, dass Kinder und Jugendliche aus Herkunftsländern mit hohen kulturellen Unterschieden eine bedeutsam höhere Prävalenz psychischer Störungen aufweisen (Hypothese II.IV.). Diese Hypothese kann durch die vorliegende Forschungsarbeit bestätigt werden. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnte aufgezeigt werden, dass in Europa beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen aus nichteuropäischen/nichtwestlichen Ländern eine erhöhte Prävalenz internalisierender und externalisierender Störungen vorlag. Gleichzeitig wiesen die deutschen Kinder und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sogar eine höhere Prävalenz affektiver Störungen auf als eingewanderte Kinder und Jugendliche aus anderen europäischen Ländern. Auch die amerikanischen Studien zeigten im Vergleich zu anderen Einwanderergruppen eine niedrigere Prävalenz europäischer Einwanderer auf. Des Weiteren konnten in der systematischen Recherche sowie in den Sekundärdatenanalysen die Kinder und Jugendlichen mit asiatischem, russischem, türkischem, arabischem und afrikanischem Hintergrund als Gruppen herausgefiltert

werden, die eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen aufwiesen. Die Herkunftsregionen dieser Kinder und Jugendlichen sind wiederum alle kollektivistischer ausgeprägt als die westlichen Einwanderungsländer (z. B. Deutschland; vgl. Hofstede & Hofstede 2010; 2014).

*Zusammenfassung.* Es lässt sich festhalten, dass die jeweilige Einwanderungsgeneration keinen eindeutigen Prädiktor in der Vorhersage psychischer Störungen bei Kindern oder Jugendlichen mit Migrationshintergrund darstellte. Somit konnte basierend auf diesen Ergebnissen Hypothese II.I. verworfen werden (vgl. Tab. 8; vgl. Studie 1 und Studie 2 sowie Anhang 10). Gleichzeitig konnte durch die systematische Recherche aber festgestellt werden, dass es kindbezogene, familienbezogene und umweltbezogene Risikofaktoren gab, die spezifisch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vorlagen und die Prävalenz psychischer Störungen erhöhten. Somit konnten die Annahmen der migrationsspezifischen Risikofaktoren-Hypothese (II.II.) bestätigt werden (s. Tab. 9; vgl. Studie 1 und Studie 2 sowie Anhang 10). Dasselbe gilt für die Annahmen der Ethnien-Hypothese (II.III.), da durch die systematische Recherche und auch die Analysen der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation aufgezeigt werden konnte, dass die ethnische Zugehörigkeit einen bedeutsamen entwicklungspsychopathologischen Einfluss in der Kindheit und Adoleszenz ausüben kann. Auch die Annahmen der Kultur-Hypothese (II.IV.) konnten bestätigt werden, da Kinder und Jugendliche aus kollektivistischen Ländern oder nichtwestlichen Ländern eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen aufwiesen. Insgesamt zeigten die Ergebnisse in diesem Kontext also auf, dass unabhängig von der Einwanderungsgeneration der Migrationshintergrund in Zusammenhang mit spezifischen Risikofaktoren, der Zugehörigkeit zu bestimmten ethnischen Gruppen und durch hohe kulturelle Unterschiede zum Herkunftsland, für Kinder und Jugendliche einen Risikofaktor für psychische Erkrankungen in westlichen Einwanderungsländern darstellen konnte (Bestätigung Hypothese II).

### **7.3. Störungs- und syndromspezifische Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter**

Neben den migrationsspezifischen Fragestellungen sollten in der vorliegenden Forschungsarbeit ebenfalls störungs- oder syndromspezifische Risikofaktoren bestimmt werden, mit besonderem Schwerpunkt auf internalisierende und externalisierende Störungen. Studie 3 untersuchte zunächst exemplarisch für eine externalisierende Störung die Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens ( $N = 185$ ) und analysierte, welche Risikofaktoren bei dieser spezifischen Störung vorlagen. Hierfür wurde die Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung aus dem Jahr 2010 analysiert. Studie 4 untersuchte mit Hilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von 2005-2011, ob für Kinder oder Jugendliche mit

internalisierenden Störungen ( $N = 3706$ ; affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend) gemeinsame Risikofaktoren vorlagen. Es wurde postuliert, dass für bestimmte Störungen spezifische Risikofaktoren vorliegen können (Hypothese III.I), aber auch gemeinsame Risikofaktoren für Syndrome, die störungsübergreifend sind (Hypothese III.II). Die Annahmen der störungs- und syndromspezifischen Risikofaktoren-Hypothese konnte basierend auf den Sekundärdatenanalysen (Studie 3 und 4) und den systematischen Recherchen (Studie 1 und 2) bestätigt werden, da sich beides identifizieren ließ, störungsspezifische Risikofaktoren aber auch syndromspezifische gemeinsame Risikofaktoren.

*Externalisierende Störungen: spezifische Störung die Störungen des Sozialverhaltens.* Für diese Störungen konnten unterschiedliche störungsspezifische Risikofaktoren identifiziert werden:

- das männliche Geschlecht ( $b = .70$ ;  $OR = 2.05$ ;  $p = .045$ ),
- ein niedriger Bildungsstatus (als Referenzkategorie im logistischen Modell;  $b = -.50$ ;  $OR = .59$ ;  $p = .005$ ),
- das Vorliegen von ein oder zwei psychosozialen Belastungen ( $b = .2.13$ ;  $OR = 8.44$ ;  $p = .040$ ),
- ein unangemessener Erziehungsstil ( $b = .59$ ;  $OR = 1.80$ ;  $p = .016$ ),
- Stress in der Schule oder am Arbeitsplatz ( $b = .58$ ;  $OR = 1.79$ ;  $p = .003$ ) oder
- eine schlechte psychosoziale Anpassung in der Gesellschaft (im Vergleich zur sehr guten Anpassung;  $b = .70$ ;  $OR = 2.05$ ;  $p = .045$ ; vgl. Studie 3;  $R^2 = .121$ ).

Basierend auf den Ergebnissen der systematischen Recherche konnten störungsübergreifende Risikofaktoren für die externalisierenden Störungen ergänzt werden, die mit einer erhöhten Prävalenz dieser Störungen (auch Hyperaktivität und Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsproblematik) assoziiert werden konnten. Die amerikanischen Studien zeigten bei der farbigen/afrikanischen Ethnie und den europäischen Einwanderergruppen eine erhöhte Prävalenz externalisierender Störungen auf. Gleichzeitig konnte verdeutlicht werden, dass eine hohe kollektivistische Orientierung oder eine kurze Aufenthaltsdauer im Einwanderungsland ebenfalls vermehrtes externalisierendes Verhalten zur Folge haben kann (vgl. Tab. A. 2; Studie 1 und 2).

*Internalisierende Störungen: Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.* Für dieses Syndrom wurden unterschiedliche gemeinsame Risikofaktoren identifiziert (Ergebnisse aus Studie 4 ( $R^2 = .106$ ) und der systematischen Recherche; vgl. Tab. A. 2 und Studie 1 und 2):

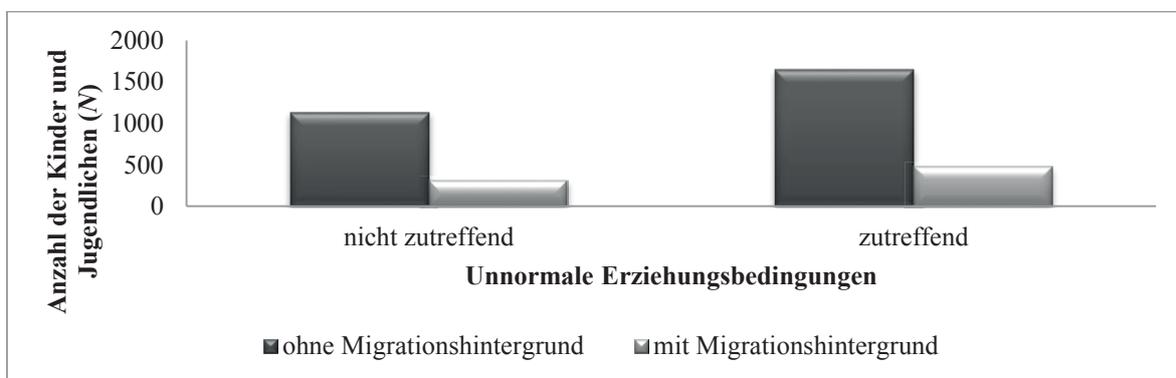
- das weibliche Geschlecht ( $b = .52$ ;  $OR = 1.68$ ;  $p = .000$ ),
- das Zusammenleben mit nur einem allein erziehenden Elternteil ( $b = .15$ ;  $OR = 1.16$ ;  $p = .034$ ),
- ein durchschnittliches oder überdurchschnittliches Intelligenzniveau der Kinder oder Jugendlichen ( $b = .69/.32$ ;  $OR = 1.89/1.37$ ;  $p = .000/.007$ ),
- der mittlere Bildungshintergrund der Eltern ( $b = .16$ ;  $OR = 1.17$ ;  $p = .014$ ),
- Eltern mit einer psychischen Erkrankung ( $b = .32$ ;  $OR = 1.37$ ;  $p = .000$ ),
- unnormales (u. a. überbehütendes, besonders strenges, unangemessene Anforderungen an das Kind) Erziehungsverhalten der Eltern ( $b = .20$ ;  $OR = 1.22$ ;  $p = .001$ ),
- belastende Lebensereignisse (wie Diskriminierung, Migration;  $b = .68$ ;  $OR = 1.98$ ;  $p = .000$ ),
- ein Migrationshintergrund oder
- ein spezifischer ethnischer Hintergrund wie türkisch, marokkanisch, surinamesisch, indisch und asiatisch.

*Zusammenfassung.* Die durchgeführten Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit konnten aufzeigen, dass störungsspezifische Risikofaktoren bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens vorlagen. Auch für Syndrome wie die zusammengefassten internalisierenden Störungen lagen störungsübergreifende gemeinsame Risikofaktoren vor. Insofern konnten die Annahmen der entwicklungspsychopathologischen störungs- und syndromspezifischen Risikofaktoren-Hypothese (III: III.I und III.II) bestätigt werden.

#### **7.4. Zusammenhänge von Risikofaktoren mit dem Migrationsstatus**

Es wurde postuliert, dass Interaktionen von Risikofaktoren mit dem Migrationsstatus vorliegen und die Prävalenz von spezifischen psychischen Störungen bedeutsam erhöhen (Hypothese IV). Diese Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden und wurde durch Analysen der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation überprüft. In Studie 3 wurde untersucht, ob bei Jugendlichen die Interaktion von Geschlecht und dem Migrationshintergrund als Prädiktor zur Vorhersage von Störungen des Sozialverhaltens interpretiert werden kann. Es könnte beispielsweise sein, dass der Migrationshintergrund allein keine Prädiktorvariable darstellt, aber möglicherweise die männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Die Ergebnisse zeigten allerdings auf, dass keine Wechselwirkung von Migration und Geschlecht mit einer bedeutsam erhöhten Prävalenz der Störungen des Sozialverhaltens assoziiert werden konnte (Geschlecht x Migrationshintergrund:  $b = -.45$ ;  $OR = .64$ ;  $p = .265$ ).

Weiterführend betrachteten die Analysen der internalisierenden Störungen (Studie 4) die Interaktionen aller identifizierten Risikofaktoren mit dem Migrationsstatus der Kinder und Jugendlichen. Es wurde vermutet, dass der Migrationshintergrund für sich genommen keinen Risikofaktor darstellt, aber möglicherweise in Kombination mit einigen Risikofaktoren. Die Ergebnisse wiesen in diesen Analysen auf zwei bedeutsame Interaktionen hin. Beide Ergebnisse waren Interaktionen mit Belastungsbedingungen im Lebensumfeld der Kinder oder Jugendlichen. Das unnormale Erziehungsverhalten der Eltern ( $b = -.44$ ;  $OR = .64$ ;  $p = .003$ ) und eine unnormale Umgebung ( $b = .32$ ;  $OR = 1.37$ ;  $p = .050$ ) wiesen in der Vorhersage internalisierender Störungen signifikante Interaktionen mit dem Migrationshintergrund auf.



**Abbildung 7.** Verteilung internalisierender Störungen ( $N = 3706$ ) in Abhängigkeit von unnormalen Erziehungsbedingungen (Ergebnisse aus Studie 4)



**Abbildung 8.** Verteilung internalisierender Störungen ( $N = 3706$ ) in Abhängigkeit von unnormalen Umgebungsbedingungen (Ergebnisse aus Studie 4)

Bei detaillierter Betrachtung dieser Effekte wurde deutlich, dass es besonders die Kinder und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund waren, die bei Vorliegen der jeweiligen Bedingung eine erhöhte Prävalenz internalisierender Störungen aufwiesen. Es war zunächst ein

Anstieg internalisierender Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit sowie ohne Migrationshintergrund zu verzeichnen, wenn diese schwierigen Bedingungen vorlagen. Der Anstieg war bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund allerdings stärker ausgeprägt (vgl. Abb. 7 und 8).

*Zusammenfassung.* Bei den Störungen des Sozialverhaltens konnte die Interaktions-Hypothese (IV) nicht bestätigt werden, da für die Vorhersage dieser Störungen bei den untersuchten Jugendlichen kein interaktiver Effekt zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund nachgewiesen werden konnte. Für die internalisierenden Störungen galt, dass ein bedeutsam interaktiver Effekt bei Vorliegen von ungünstigen Erziehungsbedingungen oder unnormalen Umgebungsbedingungen mit dem Migrationsstatus vorlag. Insofern konnte bei dieser Störungsgruppe die Interaktions-Hypothese (IV) bestätigt werden. Allerdings war hierbei die Abhängigkeit dieser schwierigen Bedingungen in Bezug auf die internalisierenden Störungen bei Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund stärker ausgeprägt.

### 7.5. Poweranalysen

Für eine angemessene Einordnung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wurde durch eine Poweranalyse für jede Studie (3, 4 und 5) ein minimal nachzuweisendes Odds Ratio festgelegt, um eine angemessene Aussagekraft der Analysen zu gewährleisten (vgl. hierzu Heller et al., 2002). Für Studie 3 ergab sich bei einer Stichprobengröße von  $N = 779$  Jugendlichen in einer Powerkalkulation mit einem zweiseitigen Fehlerniveau  $\alpha = .05$  und einem Teststärkemaß  $(1-\beta) = .80$  ein minimal zu detektierendes Odds Ratio von  $OR = 1.50$ . In Studie 4 wurden retrospektiv die Daten von  $N = 6269$  Kindern und Jugendlichen analysiert und ergeben in der Kalkulation mit denselben Impactmaßen ein minimales Odds Ratio von  $OR = 1.15$ . In Studie 5 wurden zunächst die Versorgungsdaten von  $N = 5680$  Kindern und Jugendlichen retrospektiv analysiert. In diesen Modellen sollte bei einem zweiseitigen Fehlerniveau von  $\alpha = .05$  und einem Teststärkemaß  $(1-\beta) = .80$  ein minimal zu detektierendes Odds Ratio von  $OR = 1.16$  vorgelegen haben. Da einige psychische Erkrankungen erst ab dem Jugendalter auftreten, wurde in Studie 5 bei einigen Modellen nur Versorgungsdaten der Jugendlichen analysiert. In diesen Modellen lag ein  $N = 3556$  vor und es sollte für diesen Stichprobenumfang ein minimales Odds Ratio von  $OR = 1.20$  vorliegen. Diese minimalen Odds Ratio lagen bei allen signifikanten Studienergebnissen in Studie 3-5 (bei positiven Werten der Regressionskoeffizienten  $b$ ) vor. Insofern konnte für alle Studien eine angemessene Power festgestellt werden.

## 7.6. Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Die letzte Hypothese (V) dieser Forschungsarbeit postulierte, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung signifikant unter ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung liegt. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. In der untersuchten Inanspruchnahmepopulation zwischen 2005 bis 2012 lag dieser Anteil an Kindern und Jugendlichen durchschnittlich bei 25 %. Bei der Untersuchung des Verlaufs über die Jahre (2005: 22.5%; 2006: 22.7%; 2007: 23.0%; 2008: 26.2%; 2009: 23.3%; 2010: 26.5%; 2011: 28.6%; 2012: 25.0%) zeigte eine Chi-Quadrat-Überprüfung trotz der steigenden Tendenz an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund keine signifikante Veränderung ( $\chi^2 = 11.55$ ; Freiheitsgrad  $df = 7$ ;  $p = .116$ ). Beim Vergleich des durchschnittlichen Anteils von 25 % der Inanspruchnahmepopulation (von 2005-2012) mit dem prozentualen Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (34%; Statistisches Bundesamt, 2013) zeigte sich wiederum ein hoch signifikanter Unterschied ( $\chi^2 = 64.71$ ;  $df = 1$ ;  $p = .000$ ). Da die kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahme aus dem Bundesland Bremen stammte, wurde zusätzlich ein Vergleich mit dem prozentualen Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung des Bundeslandes Bremen (44%; Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012) vorgenommen. Auch hier zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied verglichen mit dem Anteil aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ( $\chi^2 = 42.42$ ;  $df = 1$ ;  $p = .000$ ).

*Zusammenfassung.* Die Ergebnisse konnten aufzeigen, dass der prozentuale Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Bremen bedeutsam unter ihrem Anteil in der Bevölkerung lag. Insofern konnte die Inanspruchnahme-Hypothese V bestätigt werden.

## 7.7. Zusammenfassung der Ergebnisse

*Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund* wiesen in westlichen Einwanderungsländern eine höhere Prävalenz psychischer Störungen auf als Gleichaltrige ohne einen Migrationshintergrund. Sie entwickelten vermehrt internalisierende Störungen und wiesen durch den Migrationshintergrund spezifische Risikofaktoren in westlichen Einwanderungsländern auf, die ihre Vulnerabilität erhöhten. Dies konnten kindbezogene Faktoren sein (u. a. kulturelle Identität, Akkulturationsstress), familienbezogene (u. a. Diskrepanz zwischen kultureller Ori-

entierung der Eltern und Kinder, strenger Familienzusammenhalt) oder umweltbezogene Faktoren (u. a. Diskriminierungserfahrungen, ethnische Klassenzusammensetzung). Auch die ethnische Zugehörigkeit (u. a. afrikanisch/farbig, türkisch, marokkanisch, russisch, asiatisch) und eine abweichende kulturelle Orientierung (z. B. kollektivistisch) wirkten sich negativ auf die psychische Befindlichkeit bei ihnen aus. Sie waren in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund weniger stark von anderen Risikofaktoren beeinflusst. Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund wiesen im Vergleich zu ihnen beispielsweise vermehrt eine erhöhte Prävalenz internalisierender Störungen auf, wenn sie unter schwierigen Umgebungsbedingungen oder unnormalem Erziehungsverhalten der Eltern lebten. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme waren Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert und lagen hier bedeutsam unter ihrem eigentlichen prozentualen Anteil in der Gesamtbevölkerung.

*Syndrom- oder störungsspezifische Risikofaktoren.* Bei den externalisierenden Störungen konnten spezifische Risikofaktoren identifiziert werden wie u. a. das männliche Geschlecht, ein niedriger Bildungsstatus oder zwischenmenschlicher Stress in der Schule. Das Syndrom der internalisierenden Störungen war beeinflusst von gemeinsamen Risikofaktoren (unabhängig davon, ob eine Angststörung oder Depression vorlag) wie u. a. dem weiblichen Geschlecht, Lebensbedingungen wie einem allein erziehenden Elternteil oder einem Familienmitglied mit einer psychischen Erkrankung.

## 8. Diskussion

In der bisherigen Forschung liegen in westlichen Einwanderungsländern (speziell in Deutschland) keine vergleichbar übergreifenden entwicklungspsychopathologischen Analysen zu Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vor. Die vorliegende Forschungsarbeit stellte sich der Herausforderung epidemiologische Aspekte bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern zu benennen, und gleichzeitig Schnittstellen zwischen sozialpsychologischen und transkulturellen Aspekten mit der Klinischen Kinderpsychologie aufzuzeigen. Es konnte demonstriert werden, dass nicht nur bei Kindern und Jugendlichen der ersten Einwanderungsgeneration, sondern auch bei denen der zweiten oder dritten Generation migrationsspezifische Belastungen in westlichen Einwanderungsländern zu einer vermehrten Entwicklung psychischer Erkrankungen führen können. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung spiegelt sich diese Gruppe an psychisch er-

kranken Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund allerdings nicht wieder. Aufgrund dessen geben die vorliegenden Ergebnisse hohe Implikationen für die klinische Praxis und werfen gleichzeitig neue Forschungsfragen auf.

### 8.1. Störungs- und syndromspezifische Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter

Abbildung 9 zeigt als Übersicht auf, welche Risikofaktoren für internalisierende oder externalisierende Störungen in der vorliegenden Forschungsarbeit aufgezeigt werden konnten. Die identifizierten Risikofaktoren der vorliegenden Forschungsarbeit können durch weitere Forschungsstudien bestätigt werden. So zeigten sich in verschiedenen anderen Studien dieselben oder ähnliche Risikofaktoren für die internalisierenden (Cosgrove et al., 2011; Epkins & Heckler, 2011; Dobson & Dozois, 2008) und externalisierenden Störungen (Campbell, Spieker, Vandergrift, Belsky & Burchinal, 2010; Sagiv, Epstein, Bellinger & Korrick, 2013).



**Abbildung 9.** Risikofaktoren für internalisierende und externalisierende Störungen (basierend auf den Studienergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit)

*Familiäre Faktoren.* Die vorliegenden Ergebnisse zeigen die hohe Relevanz der familiären Faktoren für Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen auf. Zudem widersprechen sie Ergebnissen, die bei Vorliegen psychischer Störungen der Eltern auf die vermehrte Entwicklung externalisierender Störungen bei Kindern und Jugendlichen verweisen (Mäntymaa et al., 2011) und bestätigen andere Studien, die hierbei die Gefahr der Entwicklung internalisierender Störungen aufzeigen (Epkins & Heckler, 2011; Pahl, Barrett & Gullo, 2012). Die unnormale Erziehung ist in dieser Studie wiederum bei beiden Störungsbildern relevant. Dieser Sachverhalt kann einerseits daraus resultieren, dass kombinierte Störungen

wie die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen in beiden Gruppen (Störungen des Sozialverhaltens und internalisierende Störungen) im Studiendesign berücksichtigt wurden. Außerdem sind in der multiaxialen Klassifikation (Remschmidt et al., 2006; vgl. Tab. A. 1) unterschiedliche Bedingungen unter dieser Kategorie zu definieren, z. B. Vernachlässigung, aber auch überbehütendes Erziehungsverhalten. So ist basierend auf dem aktuellen Forschungskontext zu vermuten, dass die elterliche Vernachlässigung oder Verwahrlosung zu vermehrtem externalisierendem Verhalten führte (Cicchetti & Valentino, 2006; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas & Taylor, 2007) während überbehütendes und besonders kontrollierendes Verhalten besonders stark die internalisierende Symptomatik beeinflusste (Epkins & Heckler, 2011; Pahl, Barrett & Gullo, 2012). Gleichzeitig verweisen Studien zu den internalisierenden Störungen auch darauf, dass bei Kindern mit diesen Störungen häufig ein unnormales Erziehungsverhalten der Eltern vorliegt, wie z. B. übermäßige Strenge oder harsche Kritikäußerungen gegenüber dem Kind (Bayer et al., 2012; Mills et al., 2011). Manly und Kollegen (2012) zeigten in diesem Kontext auf, dass Vernachlässigung in der Kindheit auch mit einer erhöhten Gewalt in der Nachbarschaft und vermehrtem mütterlichem Drogenkonsum assoziiert werden kann. Insofern überrascht, dass eine unnormale Umgebung in den vorliegenden Ergebnissen keinen Prädiktor für die Störungen des Sozialverhaltens darstellte. Insgesamt können die vorliegenden Ergebnisse aber aus transdiagnostischer Perspektive aufzeigen, dass ein ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern unabhängig von der Art der Störung generell einen besonders starken Risikofaktor darstellt.

*Biologische Faktoren.* Die vorliegenden Ergebnisse, die Intelligenz als Risikofaktor für psychische Störungen aufzeigten, sollten nur vorsichtig interpretiert werden. Die vorliegende Einschätzung der Intelligenzwerte basierte nur teilweise auf standardisierter Testdiagnostik und vielfach auf subjektiven Eindrücken der Diagnostiker. Ein niedriges Intelligenzniveau wird von Petermann und Resch (2013) als ein Faktor beschrieben, der allgemein die Vulnerabilität für psychische Störungen erhöht. Allerdings zeigten die vorliegenden Ergebnisse diesen Sachverhalt nur bei den Störungen des Sozialverhaltens auf. So wiesen auch Witthöft, Koglin und Petermann (2011) darauf hin, dass Personen mit einer Störung des Sozialverhaltens vermehrt neuropsychologische Defizite wie in den Exekutivfunktionen oder der Sprache aufweisen. Gleichzeitig zeigten Koenen et al. (2009) auf, dass eine niedrige Intelligenz einen Prädiktor für internalisierende Störungen darstellt und auch die Persistenz von Depressionen erhöht. Allerdings kann es in der vorliegenden Forschungsarbeit sein, dass die Inanspruchnahme bei Kindern oder Jugendlichen mit niedriger Intelligenz und einer Störung

des Sozialverhaltens größer war, da die Umwelt (z. B. Eltern oder Lehrer) bei dieser Symptomatik einen höheren Leidensdruck empfinden kann (vgl. hierzu Döpfner & Petermann, 2012). Im Gegensatz dazu kann es bei ängstlicher oder depressiver Symptomatik sein, dass Kinder und Jugendliche mit niedriger Intelligenz und internalisierenden Störungen nicht gleichwertig auffallen und noch nicht ausreichend durch die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung erreicht wurden.

*Soziale Faktoren.* Zwischenmenschliche Probleme im Schulkontext konnten als Risikofaktor für Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens nachgewiesen werden. Hierbei bleibt unklar, ob zuerst die zwischenmenschlichen Probleme oder die externalisierende Symptomatik vorlagen. So zeigten Sturaro und Kollegen (2011) auf, dass bereits in der frühen Kindheit Probleme mit Gleichaltrigen auftraten, wenn Kinder ausgeprägte Impulsivität und Aggressivität zeigten. Die ablehnenden Erfahrungen durch Gleichaltrige verstärkten wiederum die externalisierende Symptomatik. Insofern können die vorliegenden Ergebnisse einerseits ein Hinweis dafür sein, dass Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens vermehrt zwischenmenschliche Probleme mit Lehrkräften oder Mitschülern haben. Andererseits ist es möglich, dass diese Erfahrungen den Schweregrad der Symptomatik erhöhen. Dieser Sachverhalt mag ebenfalls die geringe psychosoziale Anpassung bei den Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens verursachen. Hampel und Pössel (2012) konnten beim Wechsel von der Vorpubertät zur Adoleszenz eine starke Zunahme externalisierender Verhaltensauffälligkeiten aufzeigen, während im späteren Verlauf der Pubertät eine Zunahme positiver Selbstinstruktionen bei Jungen festgestellt werden konnte. Diese Aneignung der positiven Emotionsregulationsstrategien führt nach Angabe der Autoren zu einer verbesserten Stressverarbeitung. Die vorliegenden Ergebnisse können somit auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass dieser positive Verlauf bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens nicht gleichwertig verläuft und somit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit an diesen Defiziten angesetzt werden sollte, um die psychosoziale Anpassung (auch im Sinne einer positiven Stressverarbeitung) zu verbessern.

*Anzahl der Belastungsfaktoren.* Überraschend ist das Ergebnis, dass bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens die Anzahl weniger sozialer Belastungen als Risikofaktor identifiziert werden konnte. Nach Rutter (2002) ist nicht die Art der Risikofaktoren für die psychopathologische Entwicklung vordergründig, sondern die Anzahl. Einerseits konnten die aufgefundenen unterschiedlichen syndrom- und störungsspezifischen Risikofaktoren den bedeutsamen Einfluss der Art der Faktoren aufzeigen. Bei strenger Interpretation der Befunde von Rutter (2002) hätten in dieser klinischen Stichprobe kaum bedeutsame Unterschiede in

der Anzahl der Belastungen auftreten sollen, da fast alle behandelten Kinder oder Jugendlichen klinisch-psychiatrische Diagnosen aufwiesen. Somit hätten alle Kinder oder Jugendlichen relativ gleichwertig eine hohe Anzahl belastender Faktoren aufweisen müssen. Da die vorliegenden Ergebnisse aus Analysen einer Inanspruchnahmepopulation resultieren, wirft dieser Sachverhalt weiterführend die Frage auf, ob bei der externalisierenden Symptomatik das Umfeld möglicherweise schneller reagiert als bei internalisierenden Symptomen, da beispielsweise Schule oder Eltern zügiger einen Leidensdruck empfinden. So zeigt Bilz (2014) auf, dass Lehrkräfte nur bedingt in der Lage sind psychische Störungen ihrer Schüler zu erkennen. Augenscheinlich fällt es Lehrkräften bei Ängsten oder Depressionen der Schüler aber besonders schwer, da mit Hilfe einer Schüler- und Lehrerbefragung aufgezeigt werden konnte, dass die Übereinstimmung des Lehrer- und Schülerurteils bei den externalisierenden Störungen höher ausfiel als bei den internalisierenden Störungen (Bilz, 2014). Nach innen gerichtete Symptome werden somit möglicherweise länger übersehen und erst wenn bereits vermehrte Belastungen vorliegen (und beispielsweise Ängste, Depression oder sogar schizotype Symptome schon ausgeprägter sind) werden Hilfsangebote wie die der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung aufgesucht. Briggs-Gowan und Kollegen (2006) warnen wiederum davor, frühe emotionale Probleme oder Verhaltensprobleme bei Kindern zu unterschätzen. Die Autoren konnten aufzeigen, dass die Verhaltensauffälligkeiten der frühen Kindheit keinen vorübergehenden Charakter hatten, sondern einen Prädiktor für spätere Störungen darstellten.

*Einordnung in die transdiagnostische Perspektive.* Wie bereits im theoretischen Hintergrund kurz erwähnt, wird in der klinischen Forschung und in der therapeutischen Praxis zunehmend ein transdiagnostischer Ansatz diskutiert, der nicht von einer störungsspezifischen Ätiologie ausgeht (Chu, 2012; Ehrenreich-May & Chu, 2014). Es werden hierbei störungsübergreifende Wirkmechanismen angenommen, die eine generelle Vulnerabilität für psychische Störungen (unabhängig von der Art) bewirken. Caspi und Kollegen (2014) identifizierten beispielsweise mit Hilfe faktorenanalytischer Untersuchungen nur einen generellen pathologischen Wirkfaktor, der eine stärkere Beeinträchtigung der Lebensqualität und eine massivere Psychopathologie zur Folge haben kann. Dieser Faktor ist charakterisiert durch schwierige Persönlichkeitsmerkmale (wie eine geringe Verträglichkeit), negative Erlebnisse und Überzeugungen (wie eine erhöhte Gewaltbereitschaft), einem niedrigen sozioökonomischen Status, biologischen Defiziten (wie niedrige Intelligenz) oder einer emotionalen Dysregulation (wie geringe Selbstkontrolle; Caspi et al., 2014). Weitere Studien konnten wiederum aufzeigen, dass es für bestimmte Störungsgruppen jedoch variierende Risikofaktoren gibt, die keine Multifinalität aufweisen, sondern eine spezifische Symptomatik zur Folge haben können

(Kendler et al. 2010; Witkiewitz et al., 2013). Gleichzeitig lassen sich nach Cosgrove et al. (2011) die psychischen Störungen nicht nur in ihrer Symptomatik, sondern auch in ihrer Ätiologie in die Gruppen der externalisierenden und internalisierenden Störungen einteilen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigten symptom- wie syndromspezifische Risikofaktoren auf und erschweren somit die Einordnung in die transdiagnostische Theorie. Nolen-Hoeksema und Watkins (2011) schlagen in diesem Kontext vor, dass unterschiedliche Level transdiagnostischer Faktoren berücksichtigt werden sollten, und gleichzeitig auch die Mechanismen der einzelnen Faktoren untereinander aufgedeckt werden sollten. Außerdem weisen sie auf Moderatorvariablen hin, die die Wirkung der Risikofaktoren in eine spezifische Richtung (z. B. der Entwicklung externalisierender oder internalisierender Symptome) lenken können und somit die spezifische Pathologie beeinflussen. Werden diese Implikationen von Nolen-Hoeksema und Watkins (2011) berücksichtigt, weisen die störungsspezifischen Risikofaktoren dieser Studie einen geringeren Stellenwert (im Sinne eines niedrigen Levels) auf als die aufgefundenen gemeinsamen Risikofaktoren des Syndroms ‚internalisierend‘. In der Diagnostik sollten also vermehrt diese gemeinsamen Risikofaktoren identifiziert werden, um Interventionen effektiver ausrichten zu können. Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen der Eltern sollte nach Compas, Watson, Reising und Dunbar (2014) aus transdiagnostischer Perspektive beispielsweise besonders am Coping der Kinder und Jugendlichen mit diesem Stressfaktor angesetzt werden, unabhängig davon, welche Störung bei den Kindern vorliegt. Die vorliegenden Ergebnisse können somit als Hinweis dafür gelten, dass aus transdiagnostischer Perspektive die identifizierten syndromspezifischen Risikofaktoren eine größere Relevanz haben als die symptomspezifischen.

## **8.2. Transkulturelle Aspekte der Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter**

Hauptfokus der vorliegenden Forschungsarbeit war die detaillierte Untersuchung des Zusammenhangs von Migrationsstatus und psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Einwanderungsländern. Die vorliegenden Ergebnisse geben einen aktuellen Einblick in diesen Forschungskontext, der bisher selten Beachtung findet. Insofern haben die vorliegenden Ergebnisse besonders für Deutschland als einem der größten Einwanderungsländer, aber auch weltweit, eine hohe und neuwertige Aussagekraft.

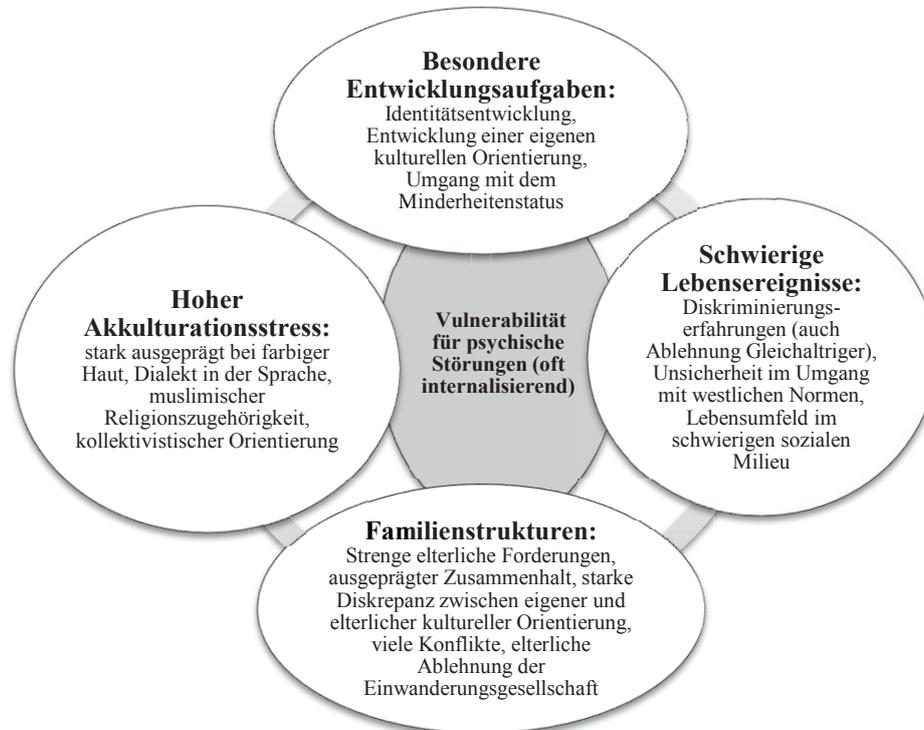
*Prävalenz psychischer Störungen.* Auch wenn das Gesamtergebnis der vorliegenden Forschungsarbeit eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendli-

chen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern nachweisen konnte, lagen innerhalb der systematisch recherchierten Studienergebnisse auch Widersprüche vor. Besonders in Europa konnte in vielen Studien eine gleichwertige Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Dies kann durch die Vereinheitlichung dieser Gruppe verursacht sein. In den europäischen Studien wurde oft keine Trennung nach ethnischer oder regionaler Herkunft vorgenommen. Insofern weist dieses Ergebnis darauf hin, dass die Berücksichtigung des Migrationshintergrundes nicht ausreichend ist, um der Vielfalt dieser Gruppe an Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden. Gleichzeitig zeigt es aber auch auf, dass Kinder und Jugendliche nicht allein durch den Migrationshintergrund per se auffälliger sind als Kinder und Jugendliche ohne diesen Hintergrund. Kirmayer et al. (2011) beschreiben unterschiedliche Phasen der Belastungen durch die Migration (vor, während oder nach der Migration). Die vorliegenden Ergebnisse untermauern allerdings Ergebnisse wie die von Bourque, van der Veen und Malla (2011); deren Metaanalyse in Bezug auf psychotische Symptome demonstrierte, dass nicht die jeweilige Migrationsgeneration die Vulnerabilität für Psychosen erhöhte, sondern vorrangig die ethnische und länderspezifische Herkunft. Auch die vorliegende Studie zeigte eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen auch bei der zweiten oder sogar dritten Generation auf. Dieser Sachverhalt weist somit darauf hin, dass es andere Faktoren sein müssen, die vermehrt zu einer Entwicklung von psychischen Störungen bei diesen Kindern und Jugendlichen führen.

*Vulnerabilität durch migrationsspezifische Belastungen.* Es wurde bereits auf unterschiedliche Wirkfaktoren wie die Anzahl oder die Art der Faktoren (Bio-Psycho-Sozial) hingewiesen. Diese Studie zeigt migrationsspezifische Belastungsfaktoren auf.

*Kumulativer Effekt.* Abbildung 10 zeigt (basierend auf den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie) einen Zyklus mit Einflussbereichen auf, die negativ auf die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wirken können. Da Rutter (2002) davon ausgeht, dass die Anzahl der Risikofaktoren besonders ausschlaggebend für die Entwicklung psychischer Störungen ist, kann basierend auf den vorliegenden Ergebnissen postuliert werden, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund dieser Sachverhalt besonders schnell vorliegen kann. Risikofaktoren wie ein niedriger sozioökonomischer Status oder starke Konflikte mit den Eltern beeinflussen selbstverständlich auch die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen ohne einen Migrationshintergrund. Da

aber für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund noch zusätzliche Entwicklungsaufgaben und spezifische Lebensereignisse ein besonderes Stresserleben hervorrufen können, ist diese Gruppe besonders schnell mit vermehrten Belastungsfaktoren konfrontiert.



**Abbildung 10.** Spezifische Einflussfaktoren und die resultierende Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern (basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit)

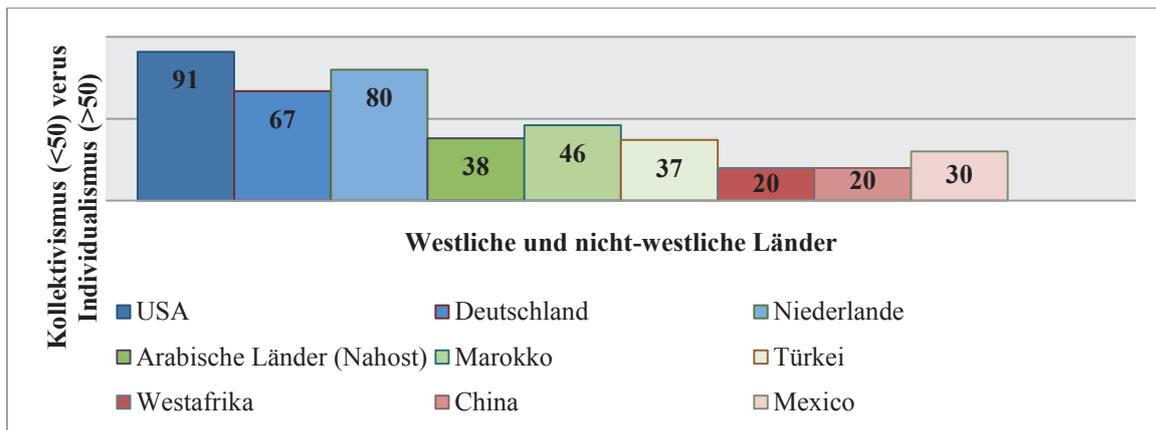
*Besondere Entwicklungsaufgaben.* Abbildung 10 zeigt auf, dass es Entwicklungsaufgaben für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund gibt, mit denen Kinder und Jugendliche ohne diesen Hintergrund nicht konfrontiert sind. Eine dieser Aufgaben ist die Herausforderung der bikulturellen Identitätsentwicklung. Besonders in der Pubertät ist dies eine zentrale Entwicklungsaufgabe für diese Jugendlichen (Berk, 2005). Sie sind mit einer Wechselwirkung von sozialem Umfeld, den Familienstrukturen und eigenen Wertvorstellungen konfrontiert. Diesen Zusammenhang zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie (vgl. Abb. 10). Trotzdem sind aber unterschiedliche Muster der Reaktionen auf diese Entwicklungsaufgabe erkennbar: Es gibt Jugendliche, die sich völlig von der Herkunftskultur abspalten. Andere entwickeln wiederum ein stark negatives Selbstkonzept (auch geprägt durch diskriminierende Erfahrungen) und ziehen sich aus der Einwanderungskultur zurück (Berk, 2005). In der Studie

von Carlerby und Kollegen (2011; auch in Studie 2) zeigte sich, dass die Entwicklung der eigenen kulturellen Orientierung für Jungen oder Mädchen unterschiedlich schwierig sein kann. Die Studie zeigte geschlechtsabhängig unterschiedliche Prävalenzen psychischer Störungen auf: Mädchen schienen mehr Probleme damit zu haben, wenn es innerfamiliär unterschiedliche kulturelle Orientierungen gab (binationale Eltern); Jungen fiel es augenscheinlich wiederum schwerer, wenn in der Familie und in der Umgebung unterschiedliche Kulturen als Orientierung dienten (Eltern beide im Ausland geboren; Carlerby et al., 2011).

Generell existieren in der Identitätsentwicklung unterschiedliche Stadien, die jedoch nicht alle Menschen gleichwertig durchlaufen. Diese Stadien unterscheiden, ob eine Identität erarbeitet ist (durch erfolgreiche Exploration und resultierender Festlegung einer eigenen Identität), oder ob eher eine vorgelebte Identität ohne eigenes Explorieren von anderen übernommen wurde (Berk, 2005; Marcia, 1980; Schneider & Lindenberger, 2012). Berk (2005) betont in diesem Kontext, dass bei einer erfolgreichen Bewältigung der bikulturellen Identitätsentwicklung die Identität als erarbeitet gelten kann, da im Idealfall Herkunfts- als auch Aufnahmekultur exploriert und angenommen werden. El-Mafaalani und Toprak (2011) ergänzen, dass es Jugendliche gibt, die weder die Identität der Herkunftskultur, noch die der Einwanderungskultur annehmen, sondern eine Art dritte eigenständige Identität entwickeln. Die bikulturelle Identität kann sich positiv auf andere Entwicklungsaufgaben wie den sozialen Kompetenzerwerb auswirken, da diese Jugendlichen meist eine große Offenheit anderen ethnischen Gruppen gegenüber aufweisen (Berk, 2005). Chen und Kollegen (2013) zeigten allerdings auch auf, dass die bikulturelle Identität die Anpassung an die Einwanderungsgesellschaft steigert, aber gleichzeitig mit einem niedrigeren Selbstwertgefühl der Jugendlichen einhergehen kann. Die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie weisen wiederum darauf hin, dass eine höhere Identität mit dem Einwanderungsland als Schutzfaktor interpretiert werden kann. Vier Studien der systematischen Recherche zeigten auf, dass eine niedrige Identität mit dem Einwanderungsland vermehrte psychische Probleme zur Folge hatte (vgl. Studie 1 und 2). Jugendliche aus ethnischen Minderheiten entwickeln wiederum in der Adoleszenz eine erhöhte Sensibilität für Rückmeldungen aus der eigenen ethnischen Gruppe. Ein Zugehörigkeitsgefühl zu dieser Gruppe verstärkt sich vermehrt in dieser Entwicklungsphase (Berk, 2005). In diesem Kontext weist eine holländische Studie darauf hin, dass der Minderheitenstatus ebenfalls einen bedeutsamen Einfluss auf die psychische Verfassung haben kann. In Schulklassen wurde überprüft, wie sich je nach ethnischer Zusammensetzung die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten verteilte. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei vielen Mig-

rantenkindern in der Klassenzusammensetzung die einheimischen Kinder eine erhöhte Prävalenz externalisierender Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen, während bei einer entgegengesetzten ethnischen Zusammensetzung die Migrantenkinder auffälliger waren (Gielsing, Vollebergh & van Dorsselaer, 2010; in Studie 2). Die Ausführungen machen somit deutlich, dass die Entwicklung einer bikulturellen Identität eine besondere Herausforderung darstellt. Gleichzeitig hängt die Entwicklung psychischer Störungen aber auch mit dem Minderheitenstatus (demographischen Verteilungen) zusammen.

*Hoher Akkulturationsstress.* Im theoretischen Hintergrund wurden bereits Schwierigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund beschrieben, die mit einer Anpassung an die Einwanderungsgesellschaft einhergehen können (vgl. Kap. 3.5.). In der systematischen Recherche konnte die Akkulturation als Stressfaktor identifiziert werden, der die Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhöhen kann. Berry (2006b) beschreibt in diesem Kontext, dass das Stressniveau durch die Akkulturation von unterschiedlichen Faktoren abhängt: gruppenbezogenen Faktoren (wie die politische oder sozioökonomische Situation im Einwanderungsland, demographische Verteilungen) oder individuellen Aspekten (wie Alter, Bildung, Religion, Motivation für die Migration, kulturelle Distanz zum Einwanderungsland). Er verweist ebenfalls darauf, dass (geprägt von schwierigen Erlebnissen) auch psychologische Variablen darauf einwirken, wie sehr die Akkulturation als Stress erlebt wird. So beeinflussen auch kognitive Assoziationen mit der Einwanderungsgesellschaft, die Bewertung bestimmter Erlebnisse und vorhandene Copingstrategien/Ressourcen die psychische Verfassung. Bei geringen gesellschaftlichen Unterstützungsstrukturen wird zusätzlich das Stresserleben verstärkt (Berry, 2006b). Dies könnten beispielsweise mangelnde Kursangebote an Schulen, wenig Freizeitangebote in Jugendfreizeitstätten, keine kostenfreie Sportangebote in Vereinen oder Widerstand gegen Moscheebau darstellen. Wenn in der Einwanderungsgesellschaft insgesamt ein geringes Interesse an den Migrantengruppen vorliegt, verstärkt dieser Sachverhalt nach Berry (2006b) zusätzlich den Akkulturationsstress. Das Gesamtergebnis der systematisch recherchierten Studien zeigte in diesem Kontext auf, dass eine kollektivistische Orientierung oder spezifische ethnische Zugehörigkeiten den Akkulturationsstress erhöhen und als Belastungsfaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern gelten können.



**Abbildung 11.** Kulturdimension Kollektivismus im Ländervergleich (modifiziert nach Hofstede & Hofstede, 2014)

*Kollektivistische Orientierung als Belastung.* Abbildung 11 führt basierend auf den Ergebnissen von Hofstede und Hofstede (2014) exemplarisch die Ausprägungen für die Kulturdimension Kollektivismus der Länder USA, Deutschland und Niederlande als westliche Beispiele an und zeigt anhand von weiteren Länderbeispielen die Orientierungen der ethnischen Gruppen dieser Studie auf, die eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen aufwiesen. Abbildung 11 verdeutlicht, dass es in Bezug auf die kollektivistische Orientierung starke Unterschiede zwischen westlichen und nicht-westlichen Ländern gibt (besonders stark in China als asiatischem Land und Westafrika exemplarisch für die afrikanische Ethnie). Hofstede und Hofstede (2010) verweisen auf sehr gegensätzliche Orientierungen individualistisch und kollektivistisch geprägter Länder. So fördert beispielsweise die individualistische Orientierung, dass Kinder und Jugendliche unterstützt werden eigene Ansichten zu entwickeln, während im Kollektivismus die eigene Meinung eine untergeordnete Rolle spielt. Diese gegensätzlichen Orientierungen überfordern Kinder und Jugendliche augenscheinlich und führen zu vermehrten psychischen Problemen. Besonders stark unterstützt wird der Sachverhalt durch die Ergebnisse aus Studie 4 und 5, da sogar in Deutschland die asiatische Gruppe in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vermehrt psychische Störungen aufwies, obwohl wesentlich weniger Asiaten in Deutschland leben als beispielsweise in den USA (vgl. hierzu Migrant Policy Institut, 2014; Statistisches Bundesamt, 2013).

*Muslimische Religionszugehörigkeit als Belastung.* Die Differenz der kollektivistischen Orientierung der westlichen Länder zu arabischen Ländern und der Türkei fallen weniger stark aus. Dies wirft die Frage auf, ob andere kulturelle Unterschiede die Ergebnisse der

vorliegenden Forschungsarbeit erklären. Da Menschen aus den aufgeführten Ländern überwiegend islamisch geprägt sind, sollte als kultureller Einfluss somit auch die religiöse Zugehörigkeit berücksichtigt werden. Bei der türkischen und arabischen Gruppe zeigten beide Analysemethoden, die der systematischen Recherche (Studie 2) und die der Sekundärdatenanalysen (Studie 5), dass diese Gruppenzugehörigkeit eine Belastung für Kinder und Jugendliche darstellt. Sirin und Fine (2007) zeigten in diesem Zusammenhang auf, dass amerikanische muslimische Jugendliche besonders nach den Anschlägen des 11. Septembers 2001 in ihrer Identitätsentwicklung Schwierigkeiten hatten. Berry und Kollegen (2006) untersuchten wiederum die psychosoziale und soziokulturelle Anpassung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in 13 unterschiedlichen Industrienationen. Es konnte aufgezeigt werden, dass für muslimische Jugendliche die eigene ethnische Zugehörigkeit bedeutsam wichtiger war als für christliche oder jüdische Jugendliche. Jugendliche mit einer ausgeprägten ethnischen Orientierung waren wiederum weniger in die westlichen Einwanderungsgesellschaften integriert (Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006). Brettfeld und Wetzels (2007) zeigten in diesem Kontext auf, dass nur etwa 12 % der muslimischen Jugendlichen sich mit Deutschland als Einwanderungsland identifizierten, im Gegensatz zu 56 %, die sich der Herkunftskultur zugehörig fühlten. Nur etwa ein Drittel dieser Gruppe beschrieb eine bikulturelle Identität. Zudem konnte die Hamburger Studie aufzeigen, dass muslimische Jugendliche im Vergleich zu nicht-muslimischen Einwanderergruppen weniger bereit waren sich der deutschen Kultur anzupassen. Muslimische jugendliche Schüler legitimierten außerdem mehr politisch-religiös motivierte Gewalt als muslimische Studenten oder die muslimische Allgemeinbevölkerung (Brettfeld & Wetzels, 2007). Die Adoleszenz kann somit als besonders vulnerable Phase für muslimische Jugendliche in westlichen Einwanderungsländern interpretiert werden. Trotzdem sollte an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass nicht alle muslimischen Gruppen homogen sind. So zeigte Cohen (2007) in seinen Studien auf, dass sich Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund in ihrer Identität weit weniger der deutschen Kultur zugehörig fühlten als pakistanische Jugendliche in England. Hier mag es Unterschiede in den Bedingungen (Offenheit, Toleranz) der westlichen Aufnahmeländer geben, aber auch Unterschiede der einzelnen ethnischen Gruppen und in den historischen Gemeinsamkeiten der Länder (z. B. die Kolonialzeit Englands in Indien oder Pakistan). In der systematischen Recherche (Studie 2) konnte in diesem Kontext aufgezeigt werden, dass türkische Kindergartenkinder in England bedeutsam höhere Prävalenzen psychischer Störungen aufwiesen als immigrierte Kinder in der Türkei (Daglar, Melhuish & Barnes, 2011). Somit scheint Kindern und Jugendlichen mit muslimischer Zugehörigkeit und türkischem Hintergrund eine erfolgreiche Akkulturation in

westlichen Einwanderungsländern besonders schwer zu fallen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Türkei verglichen mit westlichen Einwanderungsländern ein gastfreundlicheres und offeneres Einwanderungsland für Migranten darstellt. In Deutschland werden beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund schneller angezeigt als deutsche Straftäter ohne Migrationshintergrund - türkische um 18 % mehr und ex-jugoslawische um 26 % mehr (Mansel & Albrecht, 2003). Geißler (2008) weist wiederum darauf hin, dass der Anteil der registrierten Straffälligen mit Migrationshintergrund nicht höher (sondern niedriger) liege als ihr Bevölkerungsanteil in Deutschland.

*Erscheinungsbild als Belastung.* Des Weiteren wirkt sich eine andersartige äußere Erscheinung belastend auf Kinder und Jugendliche aus. In diesem Kontext konnte durch die vorliegenden Ergebnisse besonders die farbige Haut als Merkmal identifiziert werden, das eine erhöhte Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen hervorrief. In diesem Kontext ist eine Studie der systematischen Recherche (aus Studie 1) hervorzuheben. Turney & Kao (2009) konnten bereits bei Kindergartenkindern vermehrte internalisierende Symptome bei farbigen Kindern in der zweiten Generation feststellen. Die gesamten Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigten wiederum mit Hilfe des vielfältigen Studienüberblicks auf, dass die Prävalenz externalisierender Verhaltensauffälligkeiten bei Farbigen im Jugendalter besonders hoch war. Die Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass die andere Hautfarbe eine starke Herausforderung für Kinder sowie Jugendliche in westlichen Einwanderungsländern darstellt und im Entwicklungsverlauf mit zunehmendem aggressivem und impulsivem Verhalten einhergehen kann. Zudem wurde neben der farbigen Haut ebenfalls als weiteres Merkmal herausgefiltert, dass ein starker Dialekt in der Sprache ebenfalls die Vulnerabilität für psychische Störungen erhöht (vgl. Studie 1). Insgesamt scheint somit die andere Erscheinung, äußerlich wie verbal, eine besondere Herausforderung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund darzustellen.

*Schwierige Lebensereignisse.* Es sollte in diesem Kontext nicht unterschätzt werden, dass die Abwendung von der Einwanderungsgesellschaft bei Kindern und Jugendlichen stark mit negativen Erlebnissen zusammenhängt. Die westlichen Einwanderungsländer sind zunehmend von fremdenfeindlichen Stimmungen in der Gesellschaft geprägt (vgl. hierzu Marschke & Brinkmann, 2014). In Deutschland berichtet beispielsweise jeder sechste Jugendliche mit Migrationshintergrund von diskriminierenden Erfahrungen (Baier, Pfeiffer, Simonson & Ribold, 2009). Sirin und Fine (2007) wiesen wiederum vermehrte Diskriminierungen von muslimischen Jugendlichen in den USA nach. Diesen Sachverhalt zeigte Burcu (2014) auch für

Deutschland auf, da innerhalb einer groß angelegten Schülerbefragung türkische und arabische Jugendliche signifikant mehr diskriminierende Erlebnisse beschrieben als andere ethnische Gruppen. Allerdings sind Menschen aus Kulturen, bei denen Ehrgefühl und Stolz einen hohen Stellenwert haben, auch schneller verletztbar als Menschen mit anderen Wertestandards. Rodriguez Mosquera und Kollegen (2000) zeigten in diesem Kontext beispielsweise auf, dass Mitglieder der „Kultur der Ehre“ signifikant mehr mit Wut und Scham auf Beleidigungen reagierten als Niederländer. Zusätzlich erschweren kann in dieser Hinsicht auch, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der unteren Bildungsschicht überrepräsentiert sind (vgl. Kap. 2.4.). Eine Studie aus der systematischen Recherche (Studie 2) konnte aufzeigen, dass die ethnische Zugehörigkeit weniger Einfluss auf psychische Probleme hatte als soziale Faktoren, wie beispielsweise die Inhaftierung (Veen, Stevens, Doreleijers, van der Ende & Vollebergh, 2010). Es sollte insofern berücksichtigt werden, dass generell soziale und sozioökonomische Belastungen einen starken Einfluss auf die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ausüben können, aber die anderen (migrationspezifischen) Risikofaktoren eine zusätzliche Belastung darstellen.

*Familienstrukturen.* Die entwicklungspsychopathologische Relevanz familiärer Faktoren konnte bereits in den syndromspezifischen Risikofaktorenanalysen nachgewiesen werden. Es wurde bereits auf die Studie von Sabatier (2008) verwiesen, die die Beziehung zu den Eltern als stärksten Einflussfaktor auf die psychische Verfassung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund belegte. Doch besonders in diesem Bereich ist diese Gruppe durch verschiedene kulturelle Ausrichtungen zwischen den Eltern und der Einwanderungsgesellschaft herausgefordert. Wenn Eltern in ihren Wertvorstellungen beispielsweise stark von der Einwanderungsgesellschaft abweichen, schränken sie Jugendliche besonders in ihren Freiheiten im Einwanderungsland ein (Berk, 2005). Phinney, Ong und Madden (2000) konnten aufzeigen, dass die starken Abweichungen abnahmen, je länger die Familien in den USA lebten. Die vorliegenden Ergebnisse können diesen Eindruck nicht bestätigen, da selbst in der dritten Generation bei Kindern und Jugendlichen eine erhöhte Vulnerabilität festgestellt werden konnte. Insofern weist die vorliegende Studie darauf hin, dass die kulturellen Abweichungen auch dauerhaft anhalten können. Selbst das Zugehörigkeits- und Akzeptanzgefühl oder die Sprachkompetenzen der Mütter konnten als Risikofaktor für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nachgewiesen werden (systematische Recherche; Studie 1 und 2). Insofern wird deutlich, dass es nicht nur die Belastungen der Kinder selbst sind, die sich auf ihre psychische Verfassung auswirken, sondern auch der Akkulturationsstress der Eltern. Wu, Tsang und Ming (2014) zeigten auf, dass die Migration auch resiliente Wirkungen haben kann. Sie

weisen darauf hin, dass durch die Migration ein starker Familienzusammenhalt resultieren und vor psychischen Erkrankungen schützen kann. Insofern überraschen die vorliegenden Ergebnisse, da ein ausgeprägter familiärer Zusammenhalt für Kinder und Jugendliche als Risikofaktor interpretiert werden kann (Studie 1 und 2). Bezieht man Akkulturationsaspekte mit ein, kann vermutet werden, dass eine starke familiäre Verpflichtung eine vermehrte Abwendung von der Mehrheitsgesellschaft fördert. Kindern und Jugendlichen erschwert es dann weiterführend die erfolgreiche Integration in die Einwanderungsgesellschaft. Wenn Kinder zudem eine andere kulturelle Orientierung als die der Eltern bevorzugen, wirkt sich das auch negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung aus. So zeigte die Studie von Kim, Chen, Li, Huang und Moon (2009; aus Studie 1), dass Mütter in diesem Fall den Kindern mit weniger emotionaler Wärme begegnen und Väter sich zunehmend von ihnen abwenden oder sie vernachlässigen.

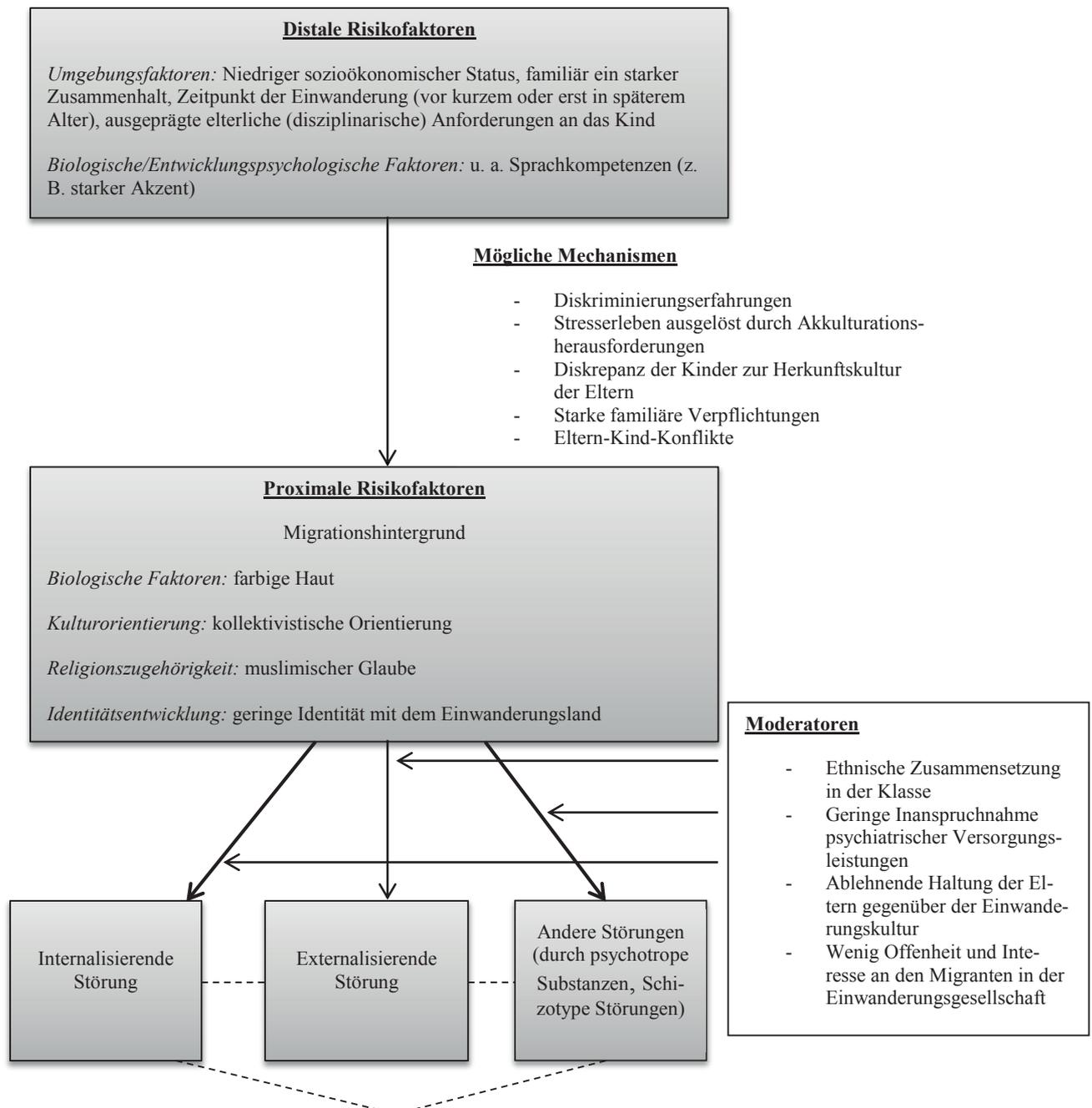
*Inanspruchnahmeverhalten.* Die vorliegenden Gesamtergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund durch das psychiatrische Versorgungsnetz noch nicht ausreichend erreicht werden. In Studie 3-5 wurde diskutiert, dass dieser Sachverhalt aus möglichen Schutzfaktoren dieser Kinder und Jugendlichen resultieren kann und diese Gruppe möglicherweise nicht vermehrt psychische Störungen aufweist. Dieser Eindruck wurde durch die Bremer Jugendstudie gestützt, die keine Prävalenzunterschiede psychischer Störungen zwischen Jugendlichen mit oder ohne Migrationshintergrund festgestellt hatte (Petermann et al., 2012). Basierend auf den jetzigen Erkenntnissen muss postuliert werden, dass dieser Eindruck wahrscheinlich nicht zutreffend ist. Die Bremer Jugendstudie hat die Jugendlichen beispielsweise nicht nach regionaler oder ethnischer Herkunft differenziert. Zudem weisen besonders die Ergebnisse aus Studie 5 darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufig sehr spät kinder- und jugendpsychiatrische Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Trotz des besonders niedrig schwelligen Angebotes in Bremen durch die Integration des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der psychiatrischen Versorgung, wird diese Klientel augenscheinlich noch nicht ausreichend erreicht. So zeigten beispielsweise die türkischen oder arabischen Jugendlichen vermehrt schizotype Symptome und russische oder polnische Jugendliche fielen durch einen erhöhten Substanzkonsum auf (Studie 5). Es kann basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie vermutet werden, dass möglicherweise in vorherigen Phasen ängstliche oder depressive Symptome vorlagen, aber nicht ausreichende Hilfe aufgesucht wurde. Zu vermuten wäre in diesem Kontext, dass Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund vermehrte Ängste vor Stigmatisierungen haben und gleichzeitig Mitarbeitern ohne den eigenen Migrationshintergrund nur wenig Vertrauen entgegenbringen (vgl.

hierzu Kap. 4.2; Schepker & Toker, 2009). Die systematische Recherche fand nur zwei weitere klinische Studien, die Hinweise auf das Inanspruchnahmeverhalten in anderen westlichen Ländern geben können. Diese beiden Studien zeigten keine Prävalenzunterschiede psychischer Störungen zwischen Jugendlichen mit oder ohne Migrationshintergrund (Merinkangas et al., 2009; in Studie 1 und Hornsfield, Cuperus, De Vries & Kraaimaat, 2008; in Studie 2). Dieser Sachverhalt kann als Hinweis dafür gelten, dass auch in anderen westlichen Ländern Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund noch nicht ausreichend die Hilfsangebote der psychiatrischen Versorgung aufsuchen.

*Einordnung in die transdiagnostische Perspektive.* In Hinblick auf die Entwicklungspsychopathologie werfen die vorliegenden Ergebnisse die Frage auf, welchen Stellenwert die aufgefundenen Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der Klinischen Kinderpsychologie/Entwicklungspsychopathologie haben. Es kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass der Migrationshintergrund alleine noch nicht ausreichend ist, um ihn generell als Risikofaktor zu bezeichnen. Allerdings geben die migrationspezifischen sozialen, familiären, gesellschaftlichen und individuellen Risikofaktoren Implikationen, dass man sie als ‚common factors‘ im Sinne der transdiagnostischen Perspektive interpretieren kann. So verweisen Caspi und Kollegen (2014) in ihren Untersuchungen auf schwierige Lebensereignisse und assoziierte Überzeugungen hin, die als Prädiktor für eine Psychopathologie gewertet werden können. In diesem Bereich konnte aufgezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche oft mit diskriminierenden oder ablehnenden Erfahrungen in der Einwanderungsgesellschaft belastet sind. Außerdem sind sie in westlichen Einwanderungsländern in der niedrigen Bildungsschicht überrepräsentiert (Studie 1-5), was nach Caspi und Kollegen (2014) ebenfalls als starker psychopathologischer Faktor gewertet werden kann. Zudem geben die Ergebnisse aus Studie 4 Hinweise darauf, dass andere Risikofaktoren Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger belasten als Gleichaltrige ohne diesen Hintergrund (z. B. die unnormale Umgebung oder elterliche Erziehung; vgl. Studie 4). Möglicherweise sind bei ihnen die schwierige soziale Umgebung oder die unnormalen Erziehungsfaktoren weniger vordergründig, da die migrationspezifischen Belastungen die stärkere Herausforderung darstellen. Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund können die identifizierten migrationspezifischen Belastungen als bedeutsame Komponenten in der Entwicklungspsychopathologie interpretiert werden.

*Heuristik der Migration.* Werden die aufgefundenen Belastungsfaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entwicklungspsychopathologisch differenzierter eingeordnet, können die Ergebnisse dieser Studie wie von Noelen-Hoeksema und Watkins

(2011) in einem heuristischen Modell vereint werden (vgl. Abb. 12). Selbstverständlich beeinflussen unspezifische Risikofaktoren wie z. B. ein niedriger sozioökonomischer Status oder bestimmte Persönlichkeits- oder Temperamentsmerkmale die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund genau so wie Kinder und Jugendliche ohne diesen Hintergrund.



**Abbildung 12.** Transdiagnostisches Modell mit einer heuristischen Einordnung von Belastungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern (in Anlehnung an Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; S. 592)

Faktoren wie eine kollektivistische Orientierung oder die muslimische Glaubenszugehörigkeit können als proximale Risikofaktoren interpretiert werden und die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bei diesen Kindern und Jugendlichen deutlich erhöhen. Die Entwicklung einer psychischen Erkrankung, die Art der Symptomatik und das Ausmaß der Erkrankung können wiederum moderiert werden von Aspekten wie der angemessenen und rechtzeitigen Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Auch eine mögliche Ablehnung der Einwanderungskultur von den Eltern moderiert die Entwicklung psychischer Störungen und kann die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussen. Basierend auf den Ergebnissen kann festgehalten werden, dass die Risikofaktoren und moderierenden Faktoren in der Tendenz eher die Entwicklung internalisierender oder anderer Störungen bewirken, aber weniger externalisierende Störungen. Dieses Modell stellt eine erste transdiagnostische Einordnung der erzielten Ergebnisse dieser Forschungsarbeit dar und sollte durch weitere Studien aber verifiziert werden (vgl. Abb. 12).

### 8.3. Methodische Einschränkungen der Analysen

Die vorliegende Forschungsarbeit konnte in vielerlei Hinsicht neue Erkenntnisse zu entwicklungspsychopathologischen Zusammenhängen im Migrationskontext bei Kindern und Jugendlichen liefern. Trotzdem können auch Einschränkungen dieser Arbeit benannt werden.

*Einschränkungen der Daten- und Methodenauswahl.* Eine besondere Herausforderung dieser Forschungsarbeit war die Aufbereitung der Versorgungsdaten für den Forschungskontext, z. B. die doppelten Behandlungsepisoden. Viele der Einrichtungen hatten beispielsweise für dasselbe Kind unterschiedliche Kodierungen verwendet. Besonders unter Wahrung der datenschutztechnischen Auflagen hat dies im Verlauf zu abweichenden Häufigkeiten über die Jahre geführt, da erst durch die zunehmenden Auswertungen und Aufbereitungen der Daten viele doppelte Behandlungsepisoden identifiziert werden konnten. Die statistische Auswertung war für die vorliegenden Daten angemessen. Allerdings hätte eine Anwendung von Erhebungsverfahren der standardisierten Diagnostik möglicherweise bessere Erkenntnisse geliefert und intervallskalierte Daten hätten mehr Auswertungsmethoden ermöglicht. Die systematische Recherche konnte keine Aussagen über die Höhe der Prävalenzunterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund treffen. Da viele Studien diesen genauen Unterschied nicht aufzeigten, wurde im Verlauf der Forschungsarbeit eine systematische Recherche bevorzugt. Sie sollte die Studien einschließen, die bedeutsame Unterschiede zwischen diesen Gruppen untersuchten. Viele der vorliegenden Ergebnisse hät-

ten nicht berücksichtigt werden können, wenn die Stärke des Unterschieds ebenfalls als Einschlusskriterium gewertet worden wäre. Allerdings wäre für den genauen Prävalenzunterschied eine metaanalytische Auswertung aussagekräftiger gewesen, um die Höhe der statistischen Unterschiede aufzeigen zu können. Durch die vorliegende systematische Methodik konnten die Teilergebnisse ausschließlich ausgezählt und summiert werden.

*Einschränkungen der störungsspezifischen Analysen.* Es wird in diesem Kontext darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse im Besonderen aus den Analysen der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme stammen und Hinweise zur Ätiologie geben können, aber keine Generalisierungen erlauben. Hierfür müssten weitere Studien aus der Gesamtbevölkerung folgen. Eine weitere Schwierigkeit wird bereits bei der Übersicht der Risikofaktoren in Abbildung 9 deutlich. Basierend auf der vorliegenden Datenbasis konnten kaum biologische (z. B. genetische Prädispositionen) und fast keine psychologischen Variablen (wie kognitive Muster, Emotionsregulation) untersucht werden. Hierfür hätten detailliertere Auswertungen des diagnostischen Prozesses in die Analysen integriert werden müssen, wie beispielsweise durch Aktenanalysen. Dieser Sachverhalt erklärt möglicherweise die geringe Varianzaufklärung der Regressionsmodelle (zwischen 10 und 12%).

Eine weitere Schwierigkeit stellten die komorbiden Störungen oder kombinierte Störungsbilder dar. Es wurden immer alle Kinder oder Jugendlichen mit Störungen in eine Symptomgruppe sortiert, wenn sie eine entsprechende Symptomatik (internalisierend oder externalisierend) aufwiesen. Möglicherweise hätte der Ausschluss von Komorbiditäten oder kombinierten Störungen noch eindeutigere Ergebnisse zu störungsspezifischen Risikofaktoren aufzeigen können. Hinzu kommt, dass die vorliegende Datenbasis auch keine Aussagen zur Schwere der Symptomatik erlaubt. Insofern konnten nur Einflussfaktoren auf die Störungen bestimmt werden, ohne Kenntnis des Schweregrads der Erkrankungen. Da der Fokus auf dem Migrationsstatus lag, wurden in Studie 3 nicht die gesamten externalisierenden Störungen analysiert. Für die störungsspezifischen Fragestellungen (aber nicht für die migrationspezifischen Fragestellungen) wäre allerdings eine Integration der hyperaktiven Störungen in die Analysen zu den Risikofaktoren der externalisierenden Störungen sinnvoll gewesen, um detaillierter die transdiagnostische Perspektive zu berücksichtigen.

In den Risikofaktorenanalysen stellte das Darstellen unterschiedlicher psychosozialer Bedingungen in einer Variablen eine weitere Herausforderung dar. Diese Zusammenfassung basierte auf dem multiaxialen Klassifikationsschema (Remschmidt et al., 2006; vgl. Tab. A. 1 im Anhang 7). Für die klinische Praxis ist diese Erfassung möglicherweise ausreichend, doch für den Forschungskontext könnte eine detailliertere Erfassung auch validere Aussagen

ermöglichen. Des Weiteren fehlte eine Variable, um den sozioökonomischen Status anzugeben (z. B. Einkommen der Eltern). Besonders bei Eltern mit Migrationshintergrund kann die Variable ‚Bildungshintergrund‘ täuschen, da viele gebildete Personen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern trotzdem ohne Arbeitsverhältnis sind (vgl. Kap. 2). Wie in Kapitel 1 beschrieben (vgl. Abb. 1) wirken selbstverständlich Schutz- sowie Risikofaktoren gemeinsam auf die psychische Befindlichkeit und interagieren auch miteinander. Diese Dynamik konnte mit der vorhandenen klinischen Datenbasis nicht untersucht werden und sollte in weiteren Studien mehr berücksichtigt werden. Einschränkend ist auch der Charakter der Querschnittsanalysen, da Entwicklungsverläufe psychischer Störungen ausschließlich durch Längsschnittstudien aufgezeigt werden können.

*Einschränkungen der migrationspezifischen Analysen.* Eine weitere Herausforderung dieser Studie waren die vorgegebenen Ethnien der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsdokumentation. Eine differenziertere Einteilung der ethnischen Gruppen hätte möglicherweise genauere Aussagen zur psychischen Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund geben können. So ist beispielsweise unter der asiatischen, russischen oder auch afrikanischen Ethnie eine sehr große Anzahl an Ländern definiert, die teilweise unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben können. Zudem wurde in der Dokumentation keine Migrationsgeneration erfasst und es wurden keine Aussagen über die Gründe für die Migration getroffen (z. B. Flucht).

#### **8.4. Potenzial der Analysen**

*Stärken der störungsspezifischen Analysen.* Trotz der Einschränkungen sollte nicht unterschätzt werden, wie reichhaltig diese kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsdaten sind. Sie wurden im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit zum ersten Mal für den Forschungskontext aufbereitet und hypothesengeleitet ausgewertet. Diese Sekundärdaten spiegeln eine natürliche Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen wider und verzerren somit nicht die Ergebnisse (wie es oft in Fragebogenerhebungen erfolgen kann, z. B. die Schwierigkeit der sozialen Erwünschtheit in Antworten, Drop-out-Raten oder die Bereitschaft zur Teilnahme an Studien von nur bestimmten Bevölkerungsgruppen). Weiterhin ist durch die Integration des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit in Bremen ein besonders niedrig schwelliges Angebot vorhanden, das auch in Deutschland eine Besonderheit darstellt. Somit wird in der Stichprobe eine Klientel vertreten, die in psychotherapeutischen Praxen oder auch in Forschungsstudien oft gar nicht auftaucht. Auf-

grund dessen können besonders gut die realen Zusammenhänge von sozialen Umgebungsbedingungen und psychiatrischen Erkrankungen mit Hilfe dieser Versorgungsdaten aufgezeigt werden. Gleichzeitig sollte betont werden, dass die relativ einheitliche Erfassung über einen großen Zeitraum die Aussagekraft der vorliegenden Analysen zusätzlich stärkt. Dasselbe gilt auch für die große Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die besonders in statistischer Hinsicht stärkere Interpretationen oder auch höhere Effektstärken ermöglicht. Diesen Sachverhalt konnten die Poweranalysen dieser Studie belegen. Zuvor wurde als Schwäche beschrieben, dass komorbide Störungen in den Analysen nicht ausgeschlossen wurden. Trotzdem kann derselbe Sachverhalt auch als Stärke dieser Studie interpretiert werden. In der transdiagnostischen Perspektive wird laut Harvey (2014) die Komorbidität als Norm beschrieben, die nicht als Ausnahme interpretiert werden sollte.

*Stärken der migrationsspezifischen Analysen.* Eine besondere Stärke der vorliegenden Forschungsarbeit ist der umfassende Überblick zur psychischen Verfassung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in westlichen Einwanderungsländern. Dieser Sachverhalt gibt dieser Studie ein allein stehendes Merkmal in der Migrationsforschung bei Kindern und Jugendlichen, da es in Deutschland diese Kombination aus systematischer Recherche kombiniert mit Ergebnissen aus Sekundärdatenanalysen für diesen Forschungsbereich noch nicht gibt. Besonders die detaillierte Untersuchung der ethnischen Zugehörigkeit in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zeigt ein wesentlich differenzierteres Bild auf als es bisher in der Forschung in Deutschland üblich war. Auch der vielfältige Überblick der sehr reichhaltigen Studien zu unterschiedlichen Risikofaktoren sensibilisiert für die interkulturelle kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit. Zudem wurden in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung und Praxis in Deutschland bisher kaum sozialpsychologische Hintergründe wie Akkulturationsaspekte oder kulturelle Orientierungen integriert. Schepker und Toker (2009) wiesen bereits darauf hin, dass für die Erstellung von Leitlinien für die transkulturelle Arbeit vermehrt die Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund analysiert werden müsse. Die vorliegende Forschungsarbeit greift diesen Sachverhalt gezielt auf und kombiniert die Ergebnisse zusätzlich mit internationalen Erkenntnissen. Schepker und Toker (2009) haben ihre Erkenntnisse besonders aus Studien mit türkischen Familien gewonnen. In diesem Kontext spiegelt die vorliegende Studie wesentlich detaillierter die Vielfalt der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland (und anderen westlichen Einwanderungsländern) wieder.

#### 8.4. Ausblick für Forschung und Praxis

Die erzielten Ergebnisse können neben dem klinischen Kontext Hinweise für viele Disziplinen geben. Die Bereitschaft sich Minderheitengruppen wie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund genauer anzuschauen ist in vielen westlichen Einwanderungsländern noch nicht hoch. Im Folgenden sollen aus den Ergebnissen Implikationen für den klinischen Forschungskontext und die psychiatrische Praxis abgeleitet werden.

*Implikationen für die Forschung.* Generell muss für Europa festgestellt werden, dass in der systematischen Recherche in vielen europäischen Ländern keine Studien zum Migrationskontext gefunden werden konnten (u. a. Dänemark, Spanien, Portugal oder Luxemburg). Überraschend war außerdem, wie wenig Studien in der Schweiz, Deutschland oder Frankreich durchgeführt wurden, obwohl diese Länder einen hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufweisen. Als Vorbild für Europa können in diesem Kontext die Niederlande und Großbritannien gelten, da in diesen Ländern die meisten und auch detailliertesten europäischen Studien im Migrationskontext identifiziert werden konnten. Des Weiteren muss betont werden, dass insgesamt die USA einen Vorbildcharakter hatten. Es sollten im wissenschaftlichen Kontext (wie dort üblich) wesentlich mehr Studien die ethnischen Unterschiede erfassen. Die Amerikaner haben auch in Studien, die den Migrationskontext nicht vordergründig fokussierten, diese Unterschiede erhoben, um differenzierte Aussagen zu unterschiedlichsten Fragestellungen geben zu können. Es mussten viele amerikanische Studien mit ethnischen Analysen für die systematische Recherche ausgeschlossen werden, da kein Migrationsstatus erfasst wurde. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese Betrachtung vermehrt in Europa aufgenommen werden sollte. Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie kann nicht die Migrationsgeneration (sondern andere Aspekte) als bedeutsam in Bezug auf psychische Erkrankungen interpretiert werden. Insofern sollte für die Zukunft kritisch hinterfragt werden, ob die Untersuchung der Migrationsgenerationen überhaupt erfolgen sollte. Zudem sollte für Deutschland überlegt werden, ob die Erfassung eines Migrationshintergrundes, wie es das Statistische Bundesamt (2013) nach wie vor vornimmt, noch angemessen ist. Die vorliegenden Ergebnisse implementieren, dass es eher kulturelle Unterschiede sind, die bedeutsam sind. Die Definition des Migrationshintergrundes (‘mit Migrationshintergrund nach 1950’) des Statistischen Bundesamtes (2013) suggeriert besonders im Kinder- und Jugendbereich, dass diese Menschen (die mittlerweile die dritte oder vierte Generation sein können) nach wie vor keine Einheimischen sind. Auch hier sollte überlegt werden, dass nur das ‘foreign born’ in erster und vielleicht noch zweiter Generation erfasst wird. Alle weiteren

Generationen können zwar andere kulturelle Wurzeln aufweisen und verschiedenen ethnischen Gruppen zugehörig sein, aber nicht mehr einen Migrationshintergrund aufweisen. Zudem ist die Vorsicht in Deutschland (vielleicht auch aufgrund der schwierigen Historie) besonders hoch, die Migrantengruppen in Ethnien einzuordnen. Selbstverständlich sind ethnische Gruppierungen immer nur Versuche, Menschen anhand bestimmter Merkmale wie der regionalen, religiösen oder sprachlichen Herkunft zusammenzufassen. Die vorliegenden Ergebnisse fordern allerdings dazu auf, dass diese Aspekte vermehrt berücksichtigt werden sollten. Dasselbe gilt für die Untersuchung von Zusammenhängen wie dem Akkulturationsstress oder anderen migrationsspezifischen Belastungen und psychischen Störungen, sowie Zusammenhängen zu Persönlichkeitsmerkmalen und der Akkulturationsfähigkeit oder kulturspezifischen Mustern der Emotionsregulation. Davis und Kollegen (2012) zeigten in diesem Kontext auf, dass kollektivistisch geprägte Menschen vermehrt emotionale Vermeidungsstrategien anwenden, um negative Emotionen zu unterdrücken. Um migrationsspezifische von interkulturellen Einflüssen unterscheiden zu können, sollten außerdem vermehrt Studien mit der selektiven Perspektive (im Herkunfts- und Einwanderungsland; vgl. hierzu Stevens & Vollebergh, 2008; Kap. 6.1.) durchgeführt werden. In der vorliegenden systematischen Studienrecherche konnten nur wenige dieser Studien gefunden werden.

Im Kontext der Analysen der Inanspruchnahmepopulation können die vorliegenden Ergebnisse auffordern, dass mehr Studien dieser Art durchgeführt werden sollten. Die einheitliche Erfassung der Versorgung sollte für alle psychiatrischen Institutionen oder auch psychotherapeutische Praxen in Deutschland verpflichtend eingeführt werden. Die Forschungslage zur therapeutischen Effektivität im Kinder- und Jugendbereich ist bisher unzureichend. Diese Forschungsarbeit hat nicht die Behandlungen untersucht, aber auch in diesem Bereich sollten weitere Untersuchungen erfolgen. So könnte beantwortet werden, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund angemessene Therapieerfolge aufweisen. In Bezug auf die therapeutische Effektivität zeigten Mösko und Kollegen (2008) beispielsweise für Erwachsene auf, dass türkische Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation einen bedeutsam geringeren Behandlungserfolg aufwiesen als Patienten ohne einen Migrationshintergrund. Zudem sollte für weitere Forschungsstudien eine andere Erfassung der ethnischen Gruppen erfolgen. Es könnten beispielsweise generelle Kodierungen für alle Länder eingeführt werden, und je nach Auswertungskontext sollten verschiedene ethnische Gruppierungen vorgenommen werden können. Zudem sollte die religiöse Zugehörigkeit der Kinder und Eltern erfasst werden, da sie einen bedeutsamen Einfluss auf die psychische Verfassung bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Einwanderungsländern haben kann. Die derzeitige Erfassung in den kinder- und

jugendpsychiatrischen Institutionen lässt wiederum noch einige kulturelle Unterschiede innerhalb der vorgegebenen Gruppen offen (z. B. in der Vielfalt der asiatischen Länder). Betont werden kann in diesem Kontext, dass besonders in Hinblick auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nur weitere Analysen des Inanspruchnahmeverhaltens möglichen Veränderungsbedarf in den kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen offen legen können.

*Implikationen für die Praxis.* Capaldi und Kollegen (2012) konnten mit Hilfe einer Längsschnittstudie über 27 Jahre und der Beobachtung von drei Generationen aufzeigen, dass die Anzahl der internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zugenommen hat. Die vorliegende Forschungsarbeit zeigte zusätzliche eine hohe Vulnerabilität für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund auf.

*Prävention.* Generell machen die Ergebnisse deutlich, dass vermehrt Fachkräfte an Kindergärten oder Schulen in der Früherkennung psychischer Auffälligkeiten geschult werden sollten, besonders in der Früherkennung internalisierender Symptome. Die vorliegende Studie legte zudem Zusammenhänge zwischen Diskriminierungserfahrungen und psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund offen. Um die Gefahr der Entwicklung psychischer Störungen und der starken Trennung ethnischer Gruppen in der Pubertät vorzubeugen, sollten somit vermehrt interkulturelle Kompetenzen aller Kinder in westlichen Ländern gefördert werden. Die interkulturelle Kompetenz kann als soziale Kompetenzkomponente verstanden werden (vgl. hierzu Berry, 2006a). In der Wirtschaft sind bereits seit vielen Jahren Schulungen interkultureller Kompetenzen für internationale Konzerne üblich (vgl. hierzu Bolten, 2007). Auch in Kindergärten oder Schulen sollte dies vermehrt eingeführt werden. Gomolla und Radtke (2002) verweisen beispielsweise auf systematische Benachteiligungen von Menschen mit Migrationshintergrund durch Lehrkräfte, Arbeitgeber, Behörden oder auch Ausbildungsbetriebe. Dieser Sachverhalt kann verursacht sein durch interkulturelle Unsicherheiten in der Einwanderungsgesellschaft. Hoffmann (2013) zeigte in diesem Kontext auf, dass Lehrkräfte in der interkulturellen Kommunikation aus Unsicherheiten (z. B. aus Angst zu diskriminieren) im Umgang mit Kindern oder Eltern mit Migrationshintergrund besonders verkrampft sind und häufig zu schnell verallgemeinern. Um diese Tendenzen für Fachkräfte und auch für Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund zu verringern, ist somit eine interkulturelle Weiterbildung gesamtgesellschaftlich dringend notwendig. Für Jugendliche gibt es für den deutschsprachigen Raum z. B. ein nennenswertes Programm, „Fit für kulturelle Vielfalt“, das der Förderung interkultureller Kompetenzen dient (Jugert, Jugert & Notz, 2014). Allerdings verweisen die vorliegenden Ergebnisse darauf, dass

für eine rechtzeitige Vorbeugung psychischer Störungen und kultureller Diskrepanzen weitere Programme dieser Art für die Grundschulzeit oder Vorpubertät konzipiert werden sollten, da es für diesen Altersbereich bisher keine evaluierten deutschsprachigen Programme gibt.

*Diagnostik.* Die vorliegenden Ergebnisse haben eine besonders hohe Implikation für die Psychodiagnostik. Auch in diesem Fall können US-Amerikaner als Vorbild für transkulturelle Diagnostik dienen. So beschreibt das neue ‚Diagnostic Manual of Mental Diseases‘ (DSM-5) der American Psychiatric Association (2013) bereits bei der Beschreibung vieler psychiatrischer Störungsbilder interkulturelle Schwierigkeiten. Bei der Major Depression wird darauf verwiesen, dass es interkulturell stark variierende Prävalenzraten gibt. Zudem wird die stark somatisierend beschriebene Symptomatik der Depression in vielen Kulturen betont. Somit wird davor gewarnt vorschnell ausschließlich somatisch zu behandeln. Bei den Angststörungen wird darauf hingewiesen, dass es kulturelle Variationen im Umgang mit der Trennung von Kindern und den Bezugspersonen gibt. Besonders die Trennungsangst bei Kindern kann schnell fehlinterpretiert werden, wenn keine interkulturellen Kenntnisse bei Diagnostikern vorhanden sind. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wird in diesem Kontext ein diagnostisches Interview vorgeschlagen, das „Cultural Formulation Interview“ (CFI). Diese Befragung erfasst vier Bereiche: die kulturelle Definition des Problems, die Wahrnehmung der Ursachen für die Erkrankung, das Coping für den Umgang mit dem Problem und Barrieren für das Aufsuchen von Hilfsangeboten (American Psychiatric Association, 2013).

Diese Art der Anamnese sollte ebenfalls im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext eingeführt werden. Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie sollte allerdings weiterführende Diagnostik erfolgen. Es könnte beispielsweise ein standardisiertes Interview/Fragebogen für die klinische Diagnostik verfasst werden, das als Hauptmodule die vier aufgefunden Risikobereiche der vorliegenden Studie erfragt (1. Bewältigung der besonderen Entwicklungsaufgaben, 2. Umgang, Anzahl und Art schwieriger Lebensereignisse, 3. Erfassung des erlebten Akkulturationsstresses und 4. die Erfragung der Kulturausprägung in den Familienstrukturen). Da die familiären Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die psychische Erkrankung Kinder und Jugendlicher haben können, sollte außerdem bedacht werden, dass auch Eltern mit Migrationshintergrund zu ihrem eigenen Stresserleben in Bezug auf die Akkulturation befragt werden sollten. Zusätzlich wäre die Erfassung der interkulturellen Kompetenz bei Kindern oder Jugendlichen mit Migrationshintergrund wichtig. Es sollte nicht unterschätzt werden, dass diese Kompetenz hohe soziale Fertigkeiten voraussetzt. Zudem können Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund auch hohe interkulturelle Inkompetenzen (Vorur-

teile, Unkenntnis, Unsicherheiten) in Hinblick auf Kenntnisse zur Kultur des Einwanderungslandes aufweisen, die eine Rückzugs- oder Vermeidungssymptomatik verstärken können. In diesem Kontext kann als mögliches Verfahren für den deutschsprachigen Raum der „WIKI-KJ“ benannt werden, der Kontakthäufigkeiten zu anderskulturellen Peers, die Adaptivität des Kontaktverhaltens, die Offenheit für interkulturelle Kontakte und den interkulturellen Wissenstransfer bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 16 Jahren erfasst (vgl. hierzu Reinders, Gniwosz, Gresser & Schnurr, 2011). Im Rahmen der Intelligenzdiagnostik sollten wiederum bei Kindern und Jugendlichen mit Zweisprachigkeit bevorzugt sprachfreie Intelligenztests verwendet werden. Insgesamt implizieren die Ergebnisse dieser Studie, dass vermehrt transkulturell standardisierte Verfahren für die (kinder- und jugend-) psychiatrische Praxis eingeführt werden sollten.

*Therapie.* Bereits die Essener Feldstudie konnte aufzeigen, dass die in Deutschland lebenden Migranten bei Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder wesentlich mehr die innerfamiliäre Konfliktlösung als die in der Türkei lebenden Familien bevorzugten (Schepker & Fişek, 2000). Dieser Sachverhalt untermauert die vorliegenden Ergebnisse, da das Inanspruchnahmeverhalten von Migrantenfamilien auf starkes Misstrauen gegenüber psychiatrischen Versorgungsangeboten hindeutet. Da in der Türkei lebende Eltern dort mehr bereit waren, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen (Schepker & Fişek, 2000), zeigen auch die Ergebnisse dieser Studie die Unsicherheiten, Vorurteile und Barrieren im Einwanderungsland auf. Die vorliegende Studie hat allerdings keine Behandlungen untersucht. Aufgrund dessen können nur bedingte Implikationen für die Therapie erfolgen. Aus der transdiagnostischen Perspektive kann in jedem Fall untermauert werden, wie wichtig die Elternarbeit im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Kontext ist. Therapeutisch sollte in jedem Fall ein Coping mit den migrationsspezifischen Belastungsfaktoren für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund erarbeitet werden. Da der Minderheitenstatus die Symptomatik verstärken kann, können besonders migrationsspezifische gruppentherapeutische Angebote empfohlen werden. In einem solchen Kontext wäre ein gemeinsamer Austausch über ähnliche Belastungen möglich, aber auch eine gemeinsame Verbesserung im Wissen über die Einwanderungskultur. Zudem muss die ausgeprägte Schwere der Symptomatik bei diesen Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Da viele dieser Kinder und Jugendlichen häufig erst spät in der therapeutischen Versorgung erscheinen, haben sich die Symptome häufig bereits manifestiert. Studien zu ethnischen Unterschieden im Therapieeffekt konnten bei Kindern mit kaukasischem, latino- und afrikanischem Hintergrund ähnliche Erfolge in der kognitiv-behavioralen Therapie wie bei weißen US-amerikanischen Kindern aufzeigen (Pina, Silverman, Fuentes, Kurtines &

Weems, 2003; Treadwell, Flannery-Schroeder & Kendall, 1995). Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Behandlung der psychischen Symptomatik ähnlich erfolgen kann, aber bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ein besonderes Augenmerk auf die spezifischen Belastungen gerichtet werden sollte, um angemessen an aufrechterhaltenden Faktoren der psychischen Erkrankung anzusetzen.

*Ausblick.* Die vorliegende Forschungsarbeit zeigte den weiteren Forschungsbedarf im klinischen Kontext für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund auf. Zudem wurde deutlich, dass auch in der klinischen Praxis dringender Handlungsbedarf für Verbesserungen in der interkulturellen Arbeit vorliegt. So sollte in den psychiatrischen Versorgungsstrukturen mehr auf den Migrationszusammenhang mit psychischen Erkrankungen eingegangen werden. Neben der ethnischen Zugehörigkeit sollten in diesem Kontext vermehrt Wechselwirkungen von Umweltfaktoren im Hinblick auf ihren Einfluss auf die psychische Gesundheit/Krankheit analysiert werden (z. B. sozioökonomischer Status, Akkulturationsstress oder familiäre Strukturen). Fachkräfte sollten in diesem Kontext vermehrt interkulturell geschult werden, da Toleranz nicht mit interkultureller Kompetenz gleichgesetzt werden kann. Zudem sollte besonders in großen Städten in westlichen Einwanderungsländern darauf geachtet werden, dass die ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen möglichst in den sozial schwierigen Stadtteilen ansässig sind, um vermehrt die Klientel zu erreichen, die bisher augenscheinlich noch nicht ausreichend erreicht wird. Auch Lehrbücher zur Klinischen (Kinder-)Psychologie/Psychiatrie oder der Entwicklungspsychologie sollten den transkulturellen Zusammenhang in der Psychopathologie oder im Entwicklungsverlauf vermehrt berücksichtigen (vgl. hierzu Berk, 2005; Berry, 2006a; b).

## Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ahrens, W., Krickeberg, K. & Pigeot, I. (2005). An introduction to epidemiology. In W. Ahrens & I. Pigeot (Eds.), *Handbook of epidemiology* (pp. 16-40). Berlin: Springer.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Apeltauer, E. (2007). Das Kieler Modell: Sprachliche Frühförderung von Kindern mit Migrationshintergrund. In B. Ahrenholz (Hrsg.), *Deutsch als Zweitsprache. Voraussetzungen und Konzepte für die Frühförderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund* (S. 111-135). Freiburg a. Br.: Fillibach.
- Aronovitz, M. (1984). The social and emotional adjustment in immigrant children: a review of the literature. *International Migration Review*, 18, 237-257.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden* (13. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt - Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Bastine, R. H. E. (2005). Ätiologie und Pathogenese. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 236-246). Göttingen: Hogrefe.
- Baumert, J. & Schümer, G. (2002). Familiäre Lebensverhältnisse, Bildungsbeteiligung und Kompetenzerwerb. In J. Baumert, E. Klieme, M. Neubrand, M. Prenzel, U. Schiefele, U. Schneider, P. Stanat et al. (Hrsg.), *PISA 2000* (S. 159-200). Opladen: Leske & Budrich.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development* (2nd ed.). New York: The Psychological Corporation, Harcourt Brace.
- Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Mathers, M., Wake, M., Abdi, N. & Hiscock, H. (2012). Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 659-668.

- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., Neuhaus, E., Chipman, J., Reid, M. J. & Webster-Stratton, C. (2013). Sympathetic- and parasympathetic-linked cardiac function and prediction of externalizing behavior, emotion regulation, and prosocial behavior among preschoolers treated for ADHD. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 81*, 481-493.
- Beauchaine, T. P. & McNulty, T. (2013). Comorbidities and continuities as ontogenetic processes: Toward a developmental spectrum model of externalizing psychopathology. *Developmental Psychopathology, 25*, 1505-1528.
- Bender, M. & Sponheimer, L. (o. J.). *Ich bin ein Baum mit zwei Stämmen*. Verfügbar unter: <http://www.giessener-zeitung.de/linden/beitrag/74559/zum-tag-der-migrantinnen-und-migranten-in-giessen/> [25.06.2014]
- Berenz, E. C., Amstatter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., Gardner, C. O. et al. (2013). Childhood trauma and personality disorder criterion counts: A co-twin control analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 1070-1076.
- Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie* (3. aktual. Aufl.). München: Pearson.
- Berkeley International Office (2013). *Immigration vs Non-Immigration status*. Verfügbar unter: [http://internationaloffice.berkeley.edu/nonimmigrant\\_vs\\_immigrant](http://internationaloffice.berkeley.edu/nonimmigrant_vs_immigrant) [09.10.2014]
- Berry, J. W. (2006a). Contexts of acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *Acculturation Psychology* (pp. 27-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J. W. (2006b). Stress perspectives on acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *Acculturation Psychology* (pp. 43-57). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L. & Vedder, P. (2010). Immigrant Youth: Acculturation, Identity and Adaption. In C. Allemann-Ghionda, P. Stanat, K. Göbel & C. Röhner (Hrsg.), *Migration, Identität, Sprache und Bildungserfolg. Beiheft 55 der Zeitschrift für Pädagogik* (S. 17-43). Weinheim: Beltz.
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L. & Vedder, P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity and Adaption. *Applied Psychology, 55*, 303-332.
- Bilz, L. (2014). Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern in der Schule übersehen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 28*, 57-62.
- Bolten, J. (2007). Was heißt „Interkulturelle Kompetenz“? Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In V. Künzer & J. Berninghausen (Hrsg.), *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung. Business across Cultures* (S. 21-42). Frankfurt am Main: IKO.
- Boos-Nünning, U. & Karakosoglu, Y. (2004). *Viele Welten leben. Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und*

- Aussiedlerhintergrund. Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.* Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bourque, F., van der Ven, E. & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41, 897-910.
- Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R. M. & Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion.* Heidelberg: Springer.
- Brettfeld, K. & Wetzels, P. (2007). *Muslimen in Deutschland: Integration, Integrationsbarrieren, Religion sowie Einstellungen zu Demokratie, Rechtsstaat und politisch-religiös motivierter Gewalt.* Hamburg: Universität Hamburg, Fakultät für Rechtswissenschaft.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E. & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 849-858.
- Brinkmann, H. U. & Marschke, U. (2011). MigrantInnenarbeit – eine Einführung. In U. Marschke & H. U. Brinkmann (Hrsg.). *Handbuch Migrationsarbeit* (S. 11-15). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buckholz, J. W. & Meyer-Lindenberg, A. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, 74, 990-1004.
- Bughra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*, 69, 129-141.
- Bundesärztekammer (2012). *Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2012.* Verfügbar unter: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeitsbericht\\_2012.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeitsbericht_2012.pdf) [17.07.2014]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012). *Migrationsbericht 2012 – Zentrale Ergebnisse.* Verfügbar unter: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infotehek/Forschung/Studien/migrationsbericht-2012-zentrale-ergebnisse.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infotehek/Forschung/Studien/migrationsbericht-2012-zentrale-ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile) [25.06.2014]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Familien mit Migrationshintergrund.* Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Familien-mit-Migrationshintergrund.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [26.06.2014]
- Bundeszentrale für politische Bildung (2014). *Triebkräfte.* Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56640/triebkraefte> [28.02.2014]

- Bundeszentrale für politische Bildung (2013). *Migration*. Verfügbar unter:  
<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56335/ueberblick>  
 [25.01.2013]
- Busse, R. (2006). Methoden der Versorgungsforschung. In M. Hey & U. Maschewsky-Schneider (Hrsg.), *Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften. Kursbuch Versorgungsforschung* (S. 244-251). Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Burcu, U. (2014). *Interkulturelle Spezifika beim antisozialen Verhalten Jugendlicher*. Bochum: 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Verfügbar unter:  
[http://www.dgpskongress.de/frontend/kukm/media/DGPs\\_2014/DGPs2014\\_Abstractband-final.pdf](http://www.dgpskongress.de/frontend/kukm/media/DGPs_2014/DGPs2014_Abstractband-final.pdf) [07.11.2014]
- Caldwell, B. M. & Bradley, R. H. (1984). *Home observation for measurement of environment*. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock.
- Campbell, S. B., Spieker, S., Vandergrift, N., Belsky, J. & Burchinal, M. (2010). Predictors and sequelae of trajectories of physical aggression in school-age boys and girls. *Development and Psychopathology*, 22, 133-150.
- Capaldi, D. M., Pears, K., Kerr, D. C. R., Owen L. D. & Kim, H. K. (2012). Growth in externalizing and internalizing problems in childhood: a prospective study of psychopathology across three generations. *Child Development*, 83, 1945-1959.
- Carlerby, H., Viitasara, E., Knutsson, A. & Gillander Gadin, K. (2011). Subjective health complaints among boys and girls in the Swedish HBSC study: focussing on parental foreign background. *International Journal of Public Health*, 56, 457-464.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsk, D.W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S. et al. (2014). The p Factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological-Science*, XX, 1-19.
- Centre for Reviews and Dissemination (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York: University of York.
- Chen, A. X., Benet-Martinez, V., Wu, C. H. W., Lam, B. C. P. & Bond, M. H. (2013). The role of dialectical self and bicultural identity integration in psychological adjustment. *Journal of Personality*, 81, 61-75.
- Chiu, C. Y. & Hong, Y. Y. (2006). *Social Psychology of Culture*. New York: Taylor & Francis.

- Choi, Y. (2008). Diversity within: subgroup differences of youth problem behaviors among Asian Pacific Islander American adolescents. *Journal of Community Psychology*, 36, 352-370.
- Chu B. C. (2012). Translating transdiagnostic approaches to children and adolescents. *Cognition and Behavioral Practice*, 19, 1-4.
- Cicchetti, D. & Banny, A. (2014). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Psychopathology* (pp. 723-741). Heidelberg: Springer.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2014). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (Volume 2, pp. 1-20). New York: Psychology Press.
- Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Risk, Disorder and Adaption* (Volume 3; 2nd Ed.; pp. 129-201). New York: Wiley.
- Clauss, J. A. & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition at risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1066-1075.
- Clauss, S. & Nauck, B. (2009). *The situation amongst immigrant children in Germany*. Innocenti Working Paper. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Cohen, B. (2007). Education, work and identity. In T. Geisen & C. Riegel (Hrsg.), *Jugend, Partizipation und Migration* (S. 261-280). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Comaroff, J. & Comaroff, J. (2009). *Ethnicity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Compas, B. E., Watson, K. H., Reising, M. M. & Dunbar, J. P. (2014). Stress and coping in child and adolescent psychopathology. In J. Ehrenreich-May & B. C. Chu (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents* (pp. 35-58). New York: Guilford Press.
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., Ehringer, M. A. et al. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 109-123.
- Costello, E. H., Egger, H. L. & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick (Ed.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A Clinicians guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 61-91). New York: Oxford University Press.

- Costello, E. H., & Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemiologic of child or adolescents depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 1263-1271.
- Cuéllar, I. & Roberts, R. (1997). Relations of depression, acculturation, and socioeconomic status in a Latino sample. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *19*, 230-238.
- Cunningham, S. A., Ruben, J. D. & Narayan, K. M. V. (2008). Health of foreign-born people in the United States: A review. *Health Place*, *14*, 623-635.
- Daglar, M., Melhuish, E. & Barnes, J. (2011). Parenting and preschool child behaviour among Turkish immigrant, migrant and non-migrant families. *European Journal of Developmental Psychology*, *8*, 261-279.
- Davis, E., Greenberger, E., Charles, S., Chen, C., Zhao, L. & Dong, Q. (2012). Emotion experience and regulation in China and the United States: How do culture and gender shape emotion responding? *International Journal of Psychology*, *47*, 230-239.
- Derluyn, I., Broekaert, E. & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *17*, 54-62.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Dionne, G., Tremblay, R., Boivin, M., Laplante, D. & Perusse, D. (2003). Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month old twins. *Developmental Psychology*, *39*, 261-273.
- Dobson, K. S. & Dozois, D. A. (2008). *Risk factors in depression*. San Diego: Elsevier.
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Dogra, N., Karim, K. & Ronzoni, P. (2011). Migration and its effect on child mental health. In D. Bugra & S. Gupta (Eds.), *Migration and mental health* (pp. 196-208). Cambridge: Cambridge University Press.
- Driscoll, A., Russell, S. & Crocket, L. (2008). Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. *Journal of Family Issues*, *29*, 185-209.
- Ehlich, K. (2009). Sprachaneignung und deren Feststellung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Was man weiß, was man braucht, was man erwarten kann. Ein Blick auf den Kenntnisstand und die Praxiserfordernisse. In W. Wiater & G. Widesott (Hrsg.), *Migration und Mehrsprachigkeit* (S. 67-92). Frankfurt am Main: Peter Lang.

- Ehrenreich-May, J. & Chu, B. C. (2014). Overview of transdiagnostic mechanisms and treatments for youth psychopathology. In J. Ehrenreich-May & B. C. Chu (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents* (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Eiser, C., Hill, J. J. & Vance, Y. H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 445-460.
- El-Mafaalani, A. & Toprak, A. (2011). *Muslimische Kinder und Jugendliche in Deutschland. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer Stiftung e.V.* Bornheim: Pfaffenholz GmbH.
- Englert, E., Jungmann, J., Wienand, W., Lam, L. & Poustka, F. (2006). *Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie* (4. Aufl.). Frankfurt a. M.: Kommission Qualitätssicherung.
- Epkins, C. C. & Heckler, D. (2011). Integrations etiological models of social anxiety and depression in youth: evidence for a cumulative interpersonal model. *Clinical Child and Family Review*, 14, 329-376.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H. & Kalin, N. H. (2010). Early risk factors and development pathways to chronic inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 40-46.
- Euser, E. M., van Ijzendoorn, M. H., Prinzie, P. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreatment*, 16, 63-73.
- Fagel, S. S. A. A., Swaab, H., De Sonnevile, M. M. J., Van Rijn, S., Pieterse, J. K., Floor Scheepers, F. et al. (2013). Development of schizotypal symptoms following psychiatric disorders in childhood or adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 682-692.
- Felner, R. D. & De Vries, M. L. (2013). Poverty in childhood and adolescence: a transactional-ecological approach to understanding and enhancing resilience in context of disadvantage and developmental risk. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd ed.; pp. 105-126). Wiesbaden: Springer.

- Fromm, S. (2005). Binäre logistische Regressionsanalyse. In G. Schultze und L. Akremi (Hrsg.), *Bamberger Beiträge zur empirischen Sozialforschung, Nr.11*. Verfügbar unter: [www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/.../Log-Reg-BBES.pdf](http://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/.../Log-Reg-BBES.pdf) [10.10.2014]
- Gaber, T. J., Bouyrakhen, S., Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Holtmann, M., Freitag, C. M. et al. (2013). Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people. *Global Health Action*, 6, 1-12.
- Garcia, M. & Marks, G. (1989). Depressive symptomatology among Mexican-American adults: An examination with the CES–D Scale. *Psychiatry Research*, 27, 137-148.
- Geißler, R. (2008). Der „kriminelle Ausländer“ – Vorurteil oder Realität? Zum Stereotyp des „kriminellen Ausländers“. *Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismus in Nordrhein-Westfalen*, 14, 3-9.
- Georgiades, K., Boyle, M. H. & Duku, E. (2007). Contextual influences on children's mental health and school performance: The moderating effects of family immigrant status. *Child Development*, 78, 1572-1591.
- Gestring, N. (2011). Parallelgesellschaft, Ghettoisierung und Segregation. In H. Meyer & K. Schubert (Hrsg.), *Politik und Islam* (S. 168-190). Wiesbaden: Springer.
- Gieling, M., Vollebergh, W. & van Dorsselaer, S. (2010). Ethnic density in school classes and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 639-646.
- Glaeske, G., Augustin, M., Abholz, H., Banik, N., Brüggenjürgen, B., Hasford, J., Hoffmann, W. et al. (2009). Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 71, 685-693.
- Gogolin, I. (2008). Erziehungsziel Mehrsprachigkeit. In C. Röhner (Hrsg.), *Erziehungsziel Mehrsprachigkeit: Diagnose von Sprachentwicklung und Förderung von Deutsch als Zweitsprache* (S. 13-24). Weinheim: Juventa.
- Gogolin, I. & Lange, I. (2011). Bildungssprache und durchgängige Sprachbildung. In S. Fürstenau & M. Gomolla (Hrsg.), *Migration und schulischer Wandel: Mehrsprachigkeit* (S. 107-127). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G. & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for the DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2043-2059.
- Gomolla, M. & Radtke, F. O. (2002). *Institutionelle Diskriminierung: Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Grassl, R., Friedrich, M. & Steiner, H. (2013). Internalisierende und externalisierende Störungen. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann & H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 1* (S. 444-462). Göttingen: Hogrefe.
- Grisso, T. & Barnum, R. (2000). *Massachusetts Youth Screening Instrument-2: User's manual and technical report*. Worcester: University of Massachusetts Medical School.
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- GPS (2008). *GPS: Gute Praxis Sekundäranalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung*. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/\\_media/GPS.pdf](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GPS.pdf) [19.08.2014]
- Hampel, P. & Pössel, P. (2012). Psychische Auffälligkeiten und Stressverarbeitung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20, 3-12.
- Han, W.-J. (2008). Adolescents of New York City immigrant families. *Children and Youth Services Review*, 30, 1144-1158.
- Hansel, T. (2009). Werterziehung und Moderne- eine neue Debatte? In T. Hansel (Hrsg.), *Wernerziehung im Fokus schulischer Bildung, Schulpädagogik, Band 8* (S. 15-25). Freiburg: Centaurus.
- Harvey, A. G. (2014). Transdiagnostic mechanisms and treatments for youth with psychiatric disorders: an opportunity to catapult progress? In J. Ehrenreich-May & B. C. Chu (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents* (pp. 15-34). New York: Guilford Press.
- Heller, R. F., Dobson, A. J., Attia, J. & Page, J. (2002). Impact numbers: measures of risk factor impact on the whole population from case-control and cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 606-610.
- Heubrock, D., Haase, M., Shmyhovska, A. & Zakrev, N. (2011). *Russen verstehen – Russen vernehmen*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Hernandez, D. J. (2010). Internationally comparable indicators for children of immigrants. *Child Indicators Research*, 3, 409-411.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Child and adolescent psychiatry in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 621-622.
- Hillemeier, M. M., Foster, E. M., Heinrichs, B., Heier, B. & Conduct Problems Preventions Research Group (2007). *Journal of Development Behavioral Pediatrics*, 28, 353-361.

- Ho, C., Bluestein, D. N. & Jenkins, J. M. (2008). Cultural differences in the relationship between parenting and children's behavior. *Developmental Psychology*, 44, 507-522.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- Hölling, H. Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. & KIGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland. Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57, 807-819.
- Hoffmann, E. (2013). Das TOPOI-Modell – eine Heuristik zur Analyse interkultureller Gesprächssituationen und ihre Implikationen für die pädagogische Arbeit. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, Interkulturelle Studien* (S. 128-153). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: the Hofstede model in context. *Online readings in Psychology and Culture*, 2, 1-26.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2014). *Research and VSM - The dimension data matrix*. Verfügbar unter: <http://www.geerthofstede.eu/research--vsm> [11.07.2014]
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2010). *Cultures and Organizations - Software of the mind* (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J. & Mayer, P. (2011). *Lokales Denken, globales Handeln* (5. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Holstein, K. (1984). Psychiatrische Symptomatik und Symptomatik in einer poliklinischen Population von Gastarbeiterkindern. *Acta Paedopsychiatrica*, 50, 217-228.
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (4. Aufl.; S. 489-504). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hornsfeld, R. H. J., Cuperus, H., De Vries, E. T. & Kraaimaat, W. (2008). An evaluation of behavioural and personality differences between native and non-native adolescents in the Netherlands ordered into treatment in a forensic psychiatric outpatient clinic, and their non-violent peers. *Criminal Behavior and Mental Health*, 18, 177-189.

- IBM Corporation Released (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- In-Albon, T. (2012). State of research on internalizing disorders in children and adolescents: is it still in its infancy? *Verhaltenstherapie*, 22, 246-257.
- Jaeger, S., Flammer, E. & Steinert, T. (2011). Basisdokumentation in der klinischen Praxis: Wie zuverlässig sind BADO-Daten? *Psychiatrische Praxis*, 38, 244-249.
- Jaffee, J. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 3, 231-252.
- Jugert, G., Jugert, H. & Notz, P. (2014). *Fit für kulturelle Vielfalt*. Weinheim: Beltz.
- Kanne, S. M. & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 41, 926-937.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Røysamb, E., Neale, M. C. & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV axis I and all axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 168, 29-39.
- Keren, M. & Tyano, S. (2006). Depression in Infancy. *Child and Adolescent Psychiatry Clinic in North American Countries*, 15, 883-897.
- Kerr, S. P. & Kerr, W. P. (2011). *Economic impacts of immigration: a survey*. Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Kirkcaldy, B. D., Furnham & Siefen, R. G. (2009). The effects of gender and migrant status on physical and psychological well-being. *International Journal of Adolescence and Medical Health*, 21, 61-72.
- Kirmayer, L. J., Lavanya, N., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J. et al. (2010). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 959-967.
- Kim, S. Y., Chen, Q., Li, J., Huang, X. & Moon, U. J. (2010). Parent-child acculturation, parenting, and adolescent depressive symptoms in Chinese immigrant families. *Journal of Family Psychology*, 23, 426-437.
- Klieme, E., Jude, N., Baumert, J., & Prenzel, M. (2010). PISA 2000–2009: Bilanz der Veränderungen im Schulsystem. In E. Klieme, C. Artelt, J. Hartig, N. Jude, O. Köller, M. Prenzel, W. Schneider, & P. Stanat (Hrsg.), *PISA 2009: Bilanz nach einem Jahrzehnt* (S. 277-300). Münster: Waxmann.

- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H. L. et al. (2010). Childhood IQ and adult mental disorders: a test of the cognitive reserve hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 50-57.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2013). Kindergarten und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., veränd. Aufl., S. 101-118). Göttingen: Hogrefe.
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lahey, B. B. & Waldman, I. D. (2012). Annual Research Review: Phenotypic and causal structure of conduct disorder in the broader context of prevalent forms of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 536-557.
- Laskey, B. & Cartwright-Hatton, S. (2012). Childhood anxiety and depression. In G. Davey (Ed.), *Clinical Psychology* (pp. 71-86). New York: Routledge.
- Leyendecker, B. (2003). Frühe Entwicklung im soziokulturellen Kontext. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (3. Aufl., S. 381-431). Bern: Huber.
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 161-180.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 123-129.
- Lorenz, A. L. (1996). Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 19-24.
- Lorenz, A. L. & Voigt, F. (2011). *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen 2011*. Verfügbar unter: <http://archiv.dvjj.de/download.php?id=2089> [24.08.2014]
- Lorenz, A. L. & Voigt, F. (2012). *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen 2012*. Verfügbar unter: <http://archiv.dvjj.de/download.php?id=2180> [24.08.2014]
- Machleidt, W. (2005). Migration, Integration und psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 32, 55-57.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Callies, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 325-331.

- Machleidt, W. & Calliess, I. T. (2009). Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen* (S. 1119-1143). München: Urban & Fischer.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2011). Dynamische Modelle der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 33-42). München: Urban & Fischer.
- Mäntimaa, M., Puura, K., Luoma, I., Latva, R., Salmelin, R. K. & Tamminen, T. (2011). Predicting internalizing and externalizing problems at five years by child and parental factors in infancy and toddlerhood. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 153-170.
- Maier, W. & Wagner, M. (2005). Genetische Faktoren. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.) *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3., veränd. Aufl., S. 188-213). Bern: Huber.
- Mandy, W., Skuse, D., Steer, C., Pourcain, B. & Oliver, B. M. (2013). Oppositionality and socioemotional competence: interacting risk factors in the development of childhood conduct disorder symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 718-722.
- Manly, J. T., Oshri, A., Lynch, M., Herzog, M. & Wortel, S. (2012). Child neglect and the development of externalizing behavior problems: associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child Maltreatment*, 18, 17-29.
- Mansel, J. & Albrecht, G. (2003). Die Ethnie des Täters als ein Prädiktor für das Anzeigeverhalten von Opfern und Zeugen. *Soziale Welt*, 54, 339-372.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). New York: Wiley.
- Marschke, B. & Brinkmann, H. U. (2014). Fazit. In B. Marschke & H. U. Brinkmann, *Handbuch Migrationsarbeit* (S. 333-338). Wiesbaden: Springer.
- Merinkangas, M. A., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S. Cui, L. et al. (2010). Lifetime-prevalence of mental disorders in U. S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication - Adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-999.
- Merinkangas, K. R., Conway, C. P., Swendsen, J., Febo, V., Dierker, L., Brunetto, W. et al. (2009). Substance use and behaviour disorders in Puerto Rican youth: a migrant family study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 310-316.

- Merinkangas, K. R., Nakamura, E. F. & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 11, 7-20.
- Messer, M., Schroeder, R. & Wodak, R. (Eds.). (2012). *Migrations: Interdisciplinary Perspectives*. Heidelberg: Springer.
- Metz, D., Belhadj Kouider, E., Karpinski, N. & Petermann, F. (2011). Die Validität des Sprachstanderhebungstests für Fünf- bis Zehnjährige Kinder (SET 5-10): Erste Analysen. *Gesundheitswesen*, 73, 637-643.
- Migrant Policy Institut (2014). *Largest U. S. immigrant groups over time, 1960-present*. Verfügbar unter: <http://www.migrationpolicy.org/programs/data-hub/charts/largest-immigrant-groups-over-time> [07.11.2014]
- Mikolajczyk, R. T., Bredehorst, M., Khelaifat, N., Maier, C. & Maxwell, A. E. (2007). Correlates of depressive symptoms among Latino and Non-Latino White adolescents: Findings from the 2003 California Health Interview Survey. *BMC Public Health*, 7, 1-9.
- Mills, R. S. L., Hastings, P. D., Helm, J., Serbin, J. A., Etezadi, J., Stack, D. M. et al. (2011). Temperamental, parental, and contextual contributors to early-emerging internalizing problems: a new integrative analyses approach. *Social Development*, 21, 229-253.
- Mistry, R. S., Biesanz, J. C., Chien, N., Howes, C. & Benner, A. D. (2008). Socioeconomic status, parental investments, and the cognitive and behavioral outcomes of low-income children from immigrant and native households. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 193-212.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U. & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 176-182.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. et al. (2010). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth and public safety. *PNAS*, 108, 2693-2698.
- Müller, K., Fuhrmann, A. & Püschel, K. (2011). Alterseinschätzung bei einreisenden jungen Ausländern. *Rechtsmedizin*, 21, 33-38.
- National Household Survey 2011. *Immigration and Ethnocultural Diversity in Canada*. Assessed: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-eng.pdf> [22.01.2014]
- Nauck, B. (2007). Integration und Familie. *Politik und Zeitgeschichte*, 22, 19-25.

- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *56*, 255-263.
- Nolen-Hoeksema, S., Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, *6*, 589-609.
- Otyakmaz, B. O. (2013). Entwicklungserwartungen deutscher und türkisch-deutscher Mütter von Vorschulkindern. *Frühe Bildung*, *2*, 28-34.
- Pahl, K. M., Barrett, P. M., & Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*, 311-320.
- Perreira, K. M. & Ornelas, I. J. (2011). The Physical and Psychological Well-Being of Immigrant Children. *The Future of Children*, *21*, 195-218.
- Petermann, F. & Petermann, U. (Hrsg.). (2010). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder IV, HAWIK-IV* (3. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Petermann, F. & Resch, F. (2013). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., veränd. Aufl., S. 57-76). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Jascenoka, J., Koglin, U., Karpinski, N., Petermann, U. & Kullik, A. (2012). Die Lebenszeitprävalenz Affektiver Störungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, *21*, 209-218.
- Petersen, A. (2000). Enuresis bei türkischen Kindern und Jugendlichen – Ethnologische Überlegungen zur Epidemiologie. In E. Koch, M. Özek, W. M. Pfeiffer & R. Schepker (Hrsg.), *Chancen und Risiken von Migration. Deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2008). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. Malden: Blackwell Publishing.
- Pfaff, H., Glaeske, G., Neugebauer, E. A. M. & Schrappe, M. (2009). Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). *Gesundheitswesen*, *71*, 505-510.
- Phinney, J. S., Horenczyk, G., Liebkind, K. & Vedder, P. (2001). Ethnic identity, immigration and well-being: an international perspective. *Journal of Social Issues*, *57*, 493-510.
- Phinney, J. S., Ong, A. & Madden, T. (2000). Cultural Values and intergenerational discrepancies in immigrant and non-immigrant families. *Child Development*, *71*, 528-539.

- Pina, A. A., Silverman, W. K., Fuentes, R. M., Kurtines, W. M. & Weems, C. F. (2003). Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders; treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1179-1187.
- Poelmans, G., Pauls, D. L., Buitelaar, J. K. & Franke, B. (2011). Integrated genome-wide association study findings: identification of a neurodevelopmental network for attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 168, 365-377.
- Potochnik, S. R. & Perreira, K. M. (2010). Depression and Anxiety among First-Generation Immigrant Latino Youth: Key Correlates and Implications for Future Research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 470-477.
- Poustka, F. (1984). *Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer*. Stuttgart: Enke.
- Powell, J. J. W. & Wagner, S. J. (2014). An der Schnittstelle Ethnie und Behinderung benachteiligt. In G. Wansing & M. Westphal (Hrsg.), *Behinderung und Migration* (S. 177-199). Wiesbaden: Springer.
- Power/Sample Size Calculation for logistic regression with binary covariate (s). (2014). *Calculation for logistic regression*. Verfügbar unter: <http://www.dartmouth.edu/~eugened/power-samplesize.php> [25.08.2014]
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Reimer, A. (2005). Die Bedeutung der Kulturtheorie von Geert Hofstede für das internationale Management. In J. W. Kramer (Hrsg.), *Wismarer Diskussionspapiere*, 20 (S. 6-22). Wismar: Hochschule Wismar.
- Reinders, H., Gniewosz, B., Gresser, A. & Schnurr, S. (2011). Erfassung interkultureller Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. Das Würzburger Interkulturelle Kompetenz-Inventar (WIKI-KJ). *Kindheits- und Jugendforschung*, 4, 429-452.
- Reinhardt, D. & Petermann, F. (2010). Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 15-21.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung*. Hogrefe: Göttingen.
- Riedesser, P. (1982). Die psychische Gefährdung des Gastarbeiterkindes. *Caritas-Jahrbuch, 1982*, 133-137.
- Riemer, R. & Müller, M. (2010). Migration im Verlauf der Geschichte. In Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr e. V. (Hrsg.), *Globale Migration* (S. 1-72). Bonn: Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr e. V.
- Rodriguez Mosquera, P. M., Manstead, A. S. R., & Fischer, A. H. (2000). The role of honor-related values in the elicitation, experience and communication of pride, shame and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin, 7*, 833-845.
- Roer-Strier, D., & Rosenthal, M. K. (2003). Goals for human development: Images of an “adaptive adult” in multicultural societies. In E. Leshem & D. Roer-Strier (Eds.), *Cultural diversity: a challenge to human services* (pp. 11-22). Jerusalem: Magnes Press.
- Rousseau, C., Hassan, G., Measham, T. & Lashley, M. (2008). Prevalence and correlates of conduct disorder and problem behavior in Caribbean and Filipino immigrant adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 264-273.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E. & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 726-738.
- Rutter, M. (2002). The interplay of nature, nurture and development influences. The challenge ahead for mental health. *Archives of General Psychiatry, 59*, 996-1000.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of Wight studies. *Psychological Medicine, 6*, 313-332.
- Ryan, L. & Sales, R. (2011). Family Migration: The Role of Children and Education in Family Decision-Making Strategies of Polish Migrants in London. *International Migration, 51*, 90-103.
- Sabatier, C. (2008). Ethnic and national-identity among second generation immigrant adolescents in France: The role of social context and family. *Journal of Adolescence, 31*, 185-205.
- Sagiv, S. K., Epstein, J. N., Bellinger, D. C. & Korrick, S. A. (2013). Pre- and postnatal risk factors for ADHD in a nonclinical pediatric population. *Journal of Attention Disorders, 17*, 47-57.
- Schepker, R. & Fişek, G. (2000). Der familiäre Umgang mit psychosozialen Krisen Jugendlicher: Eine transkulturelle Untersuchung zur Frage der Effekte von Minoritätenstatus

- und Kulturhintergründen. In E. Koch, R. Schepker & S. Taneli (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-Türkische Perspektiven* (S. 110-119). Freiburg: Lambertus.
- Schepker, R. & Toker, M. (2009). *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Medizinische wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schepker, R., Toker, M. & Eberding, A. (2005). Familiäre Bewältigungsstrategien. Bewältigungsstrategien und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher in Familien aus der Türkei unter besonderer Berücksichtigung jugendpsychiatrischer Versorgung. *Abschlussbericht an die DFG-Projekt Scg, 374, 2-1, 2-2, 2-3*.
- Schepker, R., Toker, M. & Eberding, A. (1999). Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus Sicht der Betroffenen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48, 664-676*.
- Schlippe, A. von, El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2013). *Multikulturelle systemische Praxis* (4. erw. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Schlüter-Müller, S. (1992). *Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland*. Eschborn: Klotz.
- Schmidt, M. H., Petermann, F. & Schipper, M. (2012). Epigenetik – Revolution der Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung, 21, 245-253*.
- Schneider, J., Fokkema, T., Matias, R., Stojčić, S., Ugrina, D. & Vera-Larrucea, C. (2012) Identities: Urban Belonging and Intercultural Relations. In M. Crul, J. Schneider & F. Lelie (Eds.), *The European second generation compared: does the integration context matter* (pp. 285-340)? Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Schneider, W. & Lindenberger, U. (2012). *Entwicklungspsychologie* (7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Schofield, T. J., Conger, R. D., Conger, K. J., Martin, M. J., Brody, G., Simons, R. et al. (2012). Neighbourhood disorder and children's antisocial behavior: the protective effect of family support among Mexican American and African American families. *American Journal of Community Psychology, 50, 101-113*.
- Seifert, W. (2007). Integration und Arbeit. *Politik und Zeitgeschichte, 22, 12-18*.
- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit (Hrsg.). (2012). *Bildung-Migration-Soziale Lage. Band 1: Voneinander und miteinander lernen*. Verfügbar unter:

<http://www.bildung.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen117.c.8764.de>

[24.09.2014]

- Sirin, S. R. & Fine, M. (2007). Hyphenated selves: Muslim American youth negotiating identities on the fault lines of global conflict. *Applied Development Science, 11*, 151-163.
- Snauwart, B., Soens, B., Vansebeselaere, N. & Boen, F. (2003). When integration does not necessarily imply integration. Different conceptualizations of acculturation orientations lead to different classifications. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 34*, 231-239.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2012). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinhausen, H.-C. (1982). Psychische Störungen bei Gastarbeiterkindern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 131*, 230-240.
- Steinhausen, H.-C., Aster, M. von, Pfeifer, E. & Göbel, D. (1989). Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 615-621.
- Steinhausen, H.-C., Bearth-Carrari, C. & Winkler Metzke, C. (2009). *Migration und psychosoziale Adaptation*. Bern: Huber.
- Steinhausen, H.-C., Edinsel, E., Fegert, J. M., Göbel, D., Reister, E. & Rentz, A. (1990). Child psychiatric disorders and family dysfunction in migrant worker's and military families. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 239*, 257-262.
- Stevens, G. W. J. M. & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 276-294.
- Storch, G. & Poustka, F. (2000). Psychische Störungen bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49*, 199-208.
- Sturaro, C., van Lier, P. A. C., Cuijpers, P. & Koot, H. M. (2011). The role of peer-relationship in the development of early school-age externalizing problems. *Child Development, 82*, 758-765.
- Swart, E. & Ihle, P. (2012). Epidemiologische Studien auf Basis von Sekundärdaten. *Public Health Forum, 20*, 161-163.

- Textor, M. R. (2013). *Elternarbeit in der Schule*. Norderstedt: Books on Demand.
- Tienda, M. & Haskins, R. (2011). Immigrant children: introducing the issue. *The Future of Children*, 21, 3-18.
- Thomas, A. (1999). Kultur als Orientierungssystem und Kulturstandards als Bauteile. Migrationsforschung und Interkulturelle Studien. In I. f. M. u. I. Studien (Hrsg.), *IMIS-Beiträge 10/1999* (S. 91-130). Bramsche: Rasch.
- Thomas, A. (1996). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung* (S. 377-425). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. & Utler, A. (2013). Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In P. Genkova, T. Ringeisen & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (S. 41-58). Wiesbaden: Springer.
- Treadwell, K. R. H., Flannery-Schroeder, E. C. & Kendall, P. C. (1995). Ethnicity and gender in relation to adaptive functioning, diagnostic status, and treatment outcome in children from an anxiety clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 373-384.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behavior problems and peer preference in different classroom contexts. *Child Development*, 29, 16-26.
- Turney, K. & Kao, G. (2009). Pre-kindergarten child care and behavioral outcomes among children of immigrants. *Early Child Research Quarterly*, 24, 432-444.
- Umana-Taylor, A. J. & Updegraff, K. A. (2007). Latino adolescents' mental health: Exploring the interrelations among discrimination, ethnic identity, cultural orientation, self-esteem, and depressive symptoms. *Journal of Adolescence*, 30, 549-567.
- United Nations (2014). *Population Division – International Migration*. Verfügbar unter: <http://esa.un.org/unmigration/wallchart2013.htm> [25.06.2014]
- United States Census Bureau (2013). *Homeownership among the Foreign-Born Population: 2011*. Verfügbar unter: <http://www.census.gov/prod/2013pubs/acsbr11-15.pdf> [22.09.2014]
- Uslucan, H.-H. (2009). Gewalterfahrungen, Erziehung im Elternhaus und Wohlbefinden bei deutschen und türkischen Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 278-296.
- Uslucan, H.-H., Fuhrer, U. & Mayer, S. (2005). Erziehung in Zeiten der Verunsicherung. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit* (S. 65-88). Frankfurt a. M.: Mabuse.

- Van Voorhees, B. W., Paunesku, D., Kuwabara, S. A., Basu, A., Gollan, J., Hankin, B. L. et al. (2008). Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U. S. adolescents. *Journal of Adolescent Health, 42*, 605-616.
- Vasileva, K. (2011). Population and social conditions. *Eurostat - Statistics in focus, 34*, 1-8.
- Vaughn, M. G., Wallace, J. M., Davis, L. E. & Fernandes, G. T. (2008). Variations in mental health problems, substance use, and delinquency between African American and Caucasian juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 52*, 311-329.
- Veen, V. C., Stevens, G. W. J. M., Doreleijers, T. A. H., van der Ende, J. & Vollebergh, W. A. M. (2010). Ethnic differences in mental health among incarcerated youths: do Moroccan immigrant boys show less psychopathology than native Dutch boys? *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 431-440.
- Viernickel, S. & Völkel, P. (2009). *Sprachen und Kulturen sichtbar machen*. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Vorstman, J. A. S. & Ophoff, R. A. (2013). Genetic causes of developmental disorders. *Current Opinion in Neurology, 26*, 128-136.
- Warnke, A. & Lehmkuhl, G. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E. et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 382*, 1575-1586.
- Wiater, W. (2009). Migration: Daten, Fakten, Hintergründe. In W. Wiater & G. Videsott (Hrsg.), *Migration und Mehrsprachigkeit* (S. 11-16). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Witkiewitz, K., King, K., McMahon, R. J., Wu, J., Luk, J., Bierman, K. L. et al. (2013). Evidence for a multi-dimensional latent structural model of externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 223-237.
- Witthöft, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2011). Neuropsychologische Korrelate aggressive-dissozialen Verhaltens. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 59*, 11-23.
- Wu, Q., Tsang, B. & Ming, H. (2014). Social Capital, Family Support, Resilience and Educational Outcomes of Chinese Migrant Children. *British Journal of Social Work*, doi: 10.1093/bjsw/bcs139
- Ying, Y. W. & Han, M. (2008a). Parental contributions to Southeast Asian American adolescents' well-being. *Youth & Society, 40*, 289-306.

- Ying, Y. W. & Han, M. (2008b). Parental acculturation, parental involvement, intergenerational relationship and adolescent outcomes in immigrant Filipino American families. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 6, 112-131.
- Ying, Y. W. & Han, M. (2007). The longitudinal effect of intergenerational gap in acculturation on conflict and mental health in Southeast Asian American adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 61-66.
- Zabransky, S. (Hrsg.). (2006). *SGA- Syndrom. Small for gestational age. Risiken für die Entwicklung des Nervensystems*. Saarbrücken: Conte.
- Zander, L. & Hannover, B. (2013). Die Bedeutung der Identifikation mit der Herkunftskultur und mit der Aufnahmekultur Deutschland für die soziale Integration Jugendlicher mit Migrationshintergrund in ihrer Schulklasse. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 45, 142-160.