
Angelika A. Schlarb, Prof. Dr. rer. nat., Dipl. Psych.
Mona Bünnemann, Psychologin (M.sc.)

Schlaf und Schlafstörungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
Abteilung für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters

D-33501 Bielefeld, Postfach 10 01 31

Tel: +49 (0521) 106 4320

angelika.schlarb@uni-bielefeld.de

Zusammenfassung

Risikofaktoren für Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter gibt es viele. Lebensereignisse werden oftmals als Auslöser für Schlafstörungen benannt. Kinder und Jugendliche, die fliehen mußten sind somit ein besonders vulnerables Klientel. Fällt dann die schützende familiäre Umgebung weg, ist dies ein zusätzlicher Risikofaktor. Dieser Überblick soll den Punkt der psychischen Belastung und die Beeinträchtigung hinsichtlich des Schlafes bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) jedoch auch bei Kindern und Jugendlichen, die mit ihren Eltern fliehen konnten, näher beleuchten. Es fanden sich nur wenige Studien, die dieses Thema jenseits von Traumatisierungssymptomen stärker berücksichtigt und untersucht haben. In Zukunft sind unbedingt umfassender und vor allem methodisch fundiertere Arbeiten notwendig. Zudem sollten unbedingt vorhandene Präventions- oder Behandlungskonzepte auf die Bedürfnisse und Schlafprobleme dieser Jugendlichen angepasst werden.

Hintergrund

Als Unbegleiteter Minderjähriger Flüchtling (UMF) gilt ein Kind/Jugendlicher unter 18 Jahren, der „ohne Begleitung eines für ihn nach dem Gesetz oder der Praxis des betreffenden Mitgliedstaats verantwortlichen Erwachsenen in das Ho-

heitsgebiet eines Mitgliedstaats einreist, solange er sich nicht tatsächlich in der Obhut eines solchen Erwachsenen befindet; dies schließt Minderjährige ein, die nach der Einreise in das Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats dort ohne Begleitung zurückgelassen wurden“ (Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union, 2011).^[1]

Derzeit befinden sich ca. 50.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Obhut des Jugendamtes (Bundesverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, 2016).^[2] Ungefähr 90 % der geflüchteten Kinder und Jugendlichen sind männlich (Witt, Rassenhofer, Fegert & Plener, 2015).^[3]

Das zusätzliche Risiko weiblicher UMF für sexuellen Missbrauch im Vergleich zu begleiteten minderjährigen Flüchtlingen hängt damit vermutlich zusammen (Wiese & Burhorst, 2007; Witt et al., 2015).^[3,4] Die mit der Flucht verbundene körperliche Belastung wird männlichen Jugendlichen eher zugemutet oder sie sollen ansonsten im Heimatland für die Gruppierungen zu Kampfeinsätzen herangezogen werden.

Kinder und Jugendliche, die ihre Heimat auf Grund von Krieg, Verfolgung oder organisierter Gewalt verlassen müssen, waren und sind einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Bis zu 97 % von ihnen haben traumatisierende Ereignisse erlebt. Sie mußten körperliche Misshandlungen mit ansehen (17,7%–46,3 %), erlebten selbst körperliche Misshandlungen (14,4%–78 %), wurden sexuell missbraucht (4,8 %), verloren einen Verwandten (40,9%–52,7 %) oder einen Freund (20,9 %) (Witt et al., 2015; Metzner, Reher, Kindler & Pawils, 2016).^[3,5] Insgesamt ist es daher nicht verwunderlich, dass die Prävalenzzahlen für psychische Auffälligkeiten bei UMF zwischen 20 und 81,5 % liegen (Witt et al., 2015).^[3]

UMF stellen in Bezug auf psychische Auffälligkeiten eine Hochrisikogruppe dar. Im Vergleich zu begleiteten minderjährigen Flüchtlingen, zeigen sie deutlich ausgeprägtere internalisierende Symptome wie depressive Symptome und traumatische Belastungsreaktionen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen (Bean, Derluyn et al., 2007; Wiese und Burhorst (2007).^[4,6] Bei ca. 16 % der Jugendlichen kommt es erst mit einer Verzögerung von zwei Jahren zu einer Belastungsreaktion (Smid et al., 2011).^[7] Die Flüchtlinge, bei denen die PTBS zeitversetzt auftrat, berichteten zuvor über Symptome einer Depression und/oder Angststörung. Jedoch zeigen

auch ca. die Hälfte der Jugendlichen keine psychischen Auffälligkeiten (Witt, Rassenhofer, Fegert & Plener, 2015).^[5] Neben diesen psychischen Beeinträchtigungen kommen jedoch noch allgemein gesundheitliche Faktoren hinzu. Insgesamt zeigen geflüchtete Kinder diverse physiologische Symptome bzw. Störungen. Sehr viele berichten beispielsweise über Bauchschmerzen, Untergewicht, Husten, Zahnschmerzen, Haarausfall und Kopfschmerzen, um nur einige zu nennen (Mutch et al., 2012; Walg et al., 2016).^[8,9] Jedoch weisen UMF im Vergleich zu begleiteten jugendlichen Flüchtlingen eine noch schlechtere allgemeine Gesundheit auf (Felsman, Leong, Johnson und Felsman, 1990).^[10]

Hinzu kommt, dass den unbegleiteten Kindern und Jugendlichen wichtige Schutzfaktoren fehlen, die die Entstehung von psychischen Störungen und auch von Schlafstörungen beeinflussen. Als Schutzfaktoren gelten individuelle Charakteristika wie ein einfaches Temperament, positiver Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Fähigkeit, sich schnell auf neue Situationen einstellen und sich anpassen zu können. Allerdings spielen auch familiäre Faktoren, wie Anpassungsfähigkeit der Familie oder familiäre Kohäsion, eine große Rolle. Die familiäre Kohäsion und die Anpassungsfähigkeit der Familie werden genannt. Hinsichtlich der wesentlichen Faktoren nach Ankunft werden vor allem die gute soziale Unterstützung und Hilfe genannt, die die Jugendlichen erfahren (Ehnholt & Yule, 2006).^[11] Für UMF stehen jedoch die Eltern oder Großfamilie als schützende Umgebung nicht zur Verfügung und somit können diese Kinder und Jugendlichen nicht auf einen wesentlichen Resilienzfaktor zurückgreifen. Die Jugendlichen werden zwar im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen pädagogisch betreut, dennoch ist eine solche Unterstützung nicht mit familiären gewachsenen Strukturen vergleichbar. Im Gegenteil, die Abwesenheit der Eltern ist mit maladaptiven Verhaltensweisen und erhöhter psychopathologischer Vulnerabilität des Kindes bzw. Jugendlichen verbunden (Masten, Best & Garmezzy, 1990; Rossman, Bingham & Emde, 1997).^[12, 39] Zudem können sich UMF nicht auf vorhandene soziale familiäre Netzwerke stützen um auf diese Weise ihr Wissen oder auch Fertigkeiten zu erweitern. Vermutlich nicht zuletzt spielen aus diesen Gründen für die Jugendlichen und vor allem für die UMF die mobilen Informationsmöglichkeiten eine so große Rolle. Denn UMF die noch Kontakt zu ihrer Familie im Herkunftsland haben (telefonisch, skype o.ä.) zeigen auch höhere Werte für soziale Unterstützung und geringere Depressionswerte (Oppedal & Idsoe, 2015).^[13] Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sind unter anderem die Anzahl der traumatischen Erlebnisse, sowie Alltagsbelastungen (Witt et al., 2015).^[5] Unbegleitete Kinder und Jugendliche sind auch auf der Flucht gefährlichen Situationen schutzloser ausge-



© Foto: Roman Bodmarchuck, Fotolia # 109310832. Mit freundlicher Genehmigung.

setzt. Sie erleben daher mehr traumatische Erlebnisse als begleitete Jugendliche (Bean et al., 2007),^[6] welche wiederum zu mehr PTBS-Symptomen führen (Jensen et al., 2015; Vervliet et al., 2014).^[14, 15] Hinzu kommt, dass das Schlafverhalten vor allem im Kindes- und Jugendalter auch vom Umfeld geprägt wird. Wenn im Herkunftsland die Familie ins Bett ging, dann gingen auch die Kinder ins Bett. Zudem gab es andere Rhythmusgeber wie Tag-Nachtwechsel bedingt durch den Sonnenaufgang und -untergang. Dieser Referenzrahmen fällt hier weg, insbesondere bei UMF, wo der familiäre Tagesrhythmus gänzlich verloren geht. Es gibt also keine Rituale mehr (Abendessen, Frühstück, Licht aus). Begleitete Kinder hingegen haben immer noch einen, wenn auch veränderten, Familienrhythmus in den sie sich einfinden können mit ihrem Schlafverhalten. All diese Aspekte, die das Risiko erhöhen und die Resilienz hingegen reduzieren, sind assoziiert mit Schlaf und Schlafbeschwerden bei diesen besonderen Kindern und Jugendlichen. Aus bisheriger Forschung ist belegt, dass beeinträchtigter Schlaf mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung und reduzierter Lebensqualität einhergeht (Bihlmaier et al., 2016),^[16] eine Schlafproblematik mit Emotionsregulationskompetenz im Zusammenhang steht (Lollies et al., 2016)^[17] und die Eltern durchaus eine wesentliche Rolle spielen – egal ob es sich um junge Kinder oder bereits Jugendliche handelt (Schlarb, 2014, 2016).^[18–21] Zudem – und dies ist zu betonen, werden Schlafstörungen mittlerweile oftmals als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen gesehen (Schlarb 2014, 2016).^[18–21] Im Hinblick auf eine

psychische Beeinträchtigung bei Kindern, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren oder sind, können sowohl Alpträume als auch Insomniesymptome (Terr, 1983; Ross et al., 1989)^[22, 23] genannt werden. Die Schlafprobleme können sich nach dem Erleben eines solchen Ereignisses (beispielsweise Messerattacke) jedoch auch nach und nach reduzieren (Nader et al., 1990).^[24]

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über das Thema Schlaf bei UMF zu erarbeiten und die Ergebnisse übersichtlich darzustellen. Im Anschluss werden die Ergebnisse eingeordnet, bewertet und diskutiert. Auf diesen Erkenntnissen sollen anschließend Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen und Empfehlungen für die Diagnostik und Möglichkeit therapeutischer Interventionen bei UMF formuliert werden.

Ergebnisse

Schlafbeschwerden und Schlafstörungen bei UMF

Das Thema Schlaf bei 326 13-17-jährigen afghanischen UMF in Großbritannien wurde von Bronstein und Montgomery (2013)^[25] beleuchtet. In ihrer Arbeit zeigten sie, dass sowohl die Jugendlichen mit der Diagnose einer PTSD als auch diejenigen ohne eine solche Diagnose eine verlängerte Einschlaf latenz von mehr als 45 Minuten hatten. Dies war sowohl unter der Woche als auch am Wochenende der Fall. Alpträume während der letzten zwei Wochen wurden von 64% der Jugendlichen berichtet. Im Detail hatten 5,6% jede Nacht Alpträume, 10,8% 5-6 Mal, 13,1% 3-4 Mal, und die Mehrzahl von 34,2% 1-2 Mal in diesem Zeitraum. Die Einschlaf latenz und auch die Alpträume korrelierten signifikant mit der PTSD-Symptomatik. In dieser Studie wurden schlafbezogene Daten nur mittels Fragebögen, jedoch nicht mit Schlafstagebuch oder spezifischem Interview erhoben.

Walg und Kollegen (Walg et al., 2016)^[9] untersuchten 75 UMF im Rahmen einer spezialisierten Ambulanz in Düsseldorf. Es wurde bei 56 von 75 Flüchtlingen (75%) eine psychische Störung diagnostiziert. Am häufigsten wurden Posttraumatische Belastungsstörungen und depressive Episoden festgestellt. Schlaf wurde unter den physiologischen Beschwerden subsummiert. Es berichteten 83,9% über eine Einschlafstörung und 80,4% über eine Durchschlafstörung. Eine detaillierte schlafbezogene Diagnostik beispielsweise mit spezialisiertem Interview, Fragebögen oder Schlafstagebuch wurde jedoch nicht durchgeführt.

Schlafbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen in Begleitung ihrer Eltern

Aufgrund der sehr eingeschränkten Studienlage bezüglich Schlaf bei UMF wird hier zusätzlich das Thema Schlafbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen, die in Begleitung ihrer Familien („nicht unbegleitete minderjährige Flüchtlinge“, „nUMFs“) eingegangen. Fazel und Stein berichteten in ihrem Review über die Gesundheit von Flüchtlingskindern, in Großbritannien. Unter den psychischen Symptomen und Störungen wurden von den Autoren auch Schlafprobleme genannt. Die Autoren kamen zum Schluß, dass Präventionsprogramme in Schulen diesen Kindern helfen könnten, um der Entwicklung oder gar Chronifizierung einer Symptomatik entgegenzuwirken (Fazel & Stein, 2002).^[26]

Thabt & Vostanis befragten 403 Kinder im Alter zwischen 9-15 Jahren beim Besuch eines Sommercamps für Flüchtlinge nach psychischen Beschwerden. 31,6% gaben an, häufig/meistens Schlafprobleme zu haben, 20,3% meinten, dass solche Beschwerden gelegentlich auftreten würden, während 48,1% diese nicht oder kaum hatten. Alpträume hatten 22,5% der Kinder häufig/meistens, 29,3% manchmal und 48,2% selten/nicht. Interessant ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass häufig auftretende Konzentrationsprobleme von 41,9%, manchmal von 19,4% der Kinder angegeben wurden.

In einer linearen Regression zeigte sich, dass Schlafprobleme der größte Prädiktor für die Traumatisierung war (Thabt & Vostanis, 2004).^[27]

Leider wurden in dieser Studie keine spezifischen Schlafragebögen oder gar Tagebuch eingesetzt.

Montgomery & Foldsprang untersuchten 311 Kinder mit und ohne Aufenthaltsgenehmigung in Dänemark und führten ein klinisches Elterninterview durch. Schlafprobleme wurden global als Alpträume, Einschlafprobleme und Durchschlafprobleme bezeichnet. Es ergaben sich geringfügige Unterschiede zwischen diesen beiden Kohorten (ohne Genehmigung: 28,9% Schlafprobleme, mit: 30,5% Schlafprobleme). Ca. 1/3 der Kinder litten zudem unter der Angst im Dunkeln zu schlafen. Leider wurden keine detaillierten Auskünfte für die Subgruppen (Insomniesymptome, Parasomnie (Alpträume)) dargestellt (Montgomery & Foldsprang, 2005).^[28] In einer früheren Arbeit untersuchten die Autoren die gleiche Gruppe und fanden heraus, dass der Faktor familiär erlebte Gewalt (Großvaters gewaltvoller Tod vor Geburt des Kindes, elterliches Gewalterleben) sowie eine derzeitige

stressvolle Familiensituation (Vater beschimpft das Kind massiv) Schlafprobleme beim Kind bedingen.^[28] Bei beiden Studien ist anzumerken, dass es sich ebenfalls nicht um UMFs handelte.

Lorek und Kollegen untersuchten 11 Kinder im britischen Immigrationszentrum. Von diesen waren 8 Kinder auf der Basis des SDQ auffällig. Kindliche Schlafprobleme, wie Alpträume, Ein- und Durchschlafprobleme sowie das Verweigern alleine zu schlafen wurden von 10 der 11 Eltern ebenfalls genannt (Lorek et al., 2009).^[29]

Betancourt und Kollegen untersuchen 60 Kinder und Jugendliche eines Nationalen Trauma und Stress Netzwerk-Projekts in den USA. 30,4% der Kinder und Jugendlichen erfüllten die Diagnose einer PTSD. Die meisten wiesen zusätzlich schulische Schwierigkeiten und Verhaltensprobleme auf. 7,14% der Kinder erfüllten sicher die Diagnose einer Schlafstörung und weitere 19,64% erfüllten wahrscheinlich die Diagnose einer Schlafstörung. In der Summe sind dies mehr als 26% der Kinder mit beträchtlichen Schlafproblemen. Auch in dieser Studie wird der Schlaf nicht detailliert und umfassend erhoben (Betancourt, 2012).^[30]

Ceri und Kollegen gelang es 38 Kinder und Jugendliche zwischen zwei und 18 Jahren zu untersuchen, die einer IS-Attacke entkommen waren. Die Daten wurden retrospektiv analysiert. 50% der Kinder erfüllten die Kriterien einer Störung und weitere 50% die Kriterien mehrerer Störungsbilder. Die häufigsten Probleme dieser Kinder waren Schlafstörungen (71,1%), darunter subsumiert jedoch Einschlafprobleme, nächtliches Erwachen, Somnambulismus sowie Alpträume und 2,5% litten unter Pavor nocturnus (Ceri et al., 2016).^[31]

Leider wurden auch hier keine detaillierten Angaben bezüglich der einzelnen Störungsbilder oder Symptomatiken von den Autoren gemacht.

Diskussion

Wie oben ersichtlich, ist die Anzahl der Studien zu unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen im Allgemeinen bereits gering (Bean, Eurelings-Bontekoe et al., 2007; Huemer et al., 2009; Witt et al., 2015).^[3, 32, 33] Jedoch ist die Studienlage hinsichtlich der Schlafproblematik dramatisch. Schlaf scheint nach wie vor bei-

nahe keine Rolle in diesem Kontext zu spielen, obwohl dieser zu den Grundbedürfnissen gehört. Der Fokus der gängigen Arbeiten liegt jedoch meist auf dem Thema PTSD und Depression (Bronstein & Montgomery, 2011).^[34] Schlechter Schlaf oder ungenügender Schlaf kann viele mentalen und physiologischen Probleme maßgeblich beeinflussen und steht in Verbindung mit vielen, meist jedoch der PTSD zugeordneten Symptomatiken (Konzentrationsprobleme, Unaufmerksamkeit, Tagesschläfrigkeit, emotionale Unausgeglichenheit) (Bronstein & Montgomery, 2013)^[25] oder kann das erhöhte emotionale Arousal der Kinder und Jugendlichen noch verstärken und somit zur Entstehung einer PTSD beitragen (Dahl & Puig-Antich, 1990).^[35] Somit könnte eine eigenständige und fundierte Erhebung des Schlafverhaltens sehr sinnvoll und auch notwendig hinsichtlich der Tagesauswirkungen mangelnden Schlafes oder vorhandener Schlafprobleme sein (Velten-Schurian et al., 2010).^[36] Dies ist vor allem vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass die UMF zum Teil in den ersten Monaten in Deutschland in Mehrbettzimmern untergebracht sind. Da einige von PTBS betroffene Kinder und Jugendliche bisweilen Licht zum Schlafen benötigen, da sie Angst vor dem Einschlafen in der Dunkelheit haben, können sie andere wiederum in ihrem Schlafverhalten stören (Montgomery & Foldsprang, 2005).^[28] Da die Jugendlichen außerhalb des Schulbesuchs häufig nicht in soziale Strukturen oder Freizeitaktivitäten eingebunden sind, sind Zeiten fehlender Beschäftigung häufig. Diese fehlenden externen Zeitgeber können wiederum dazu führen, dass sich vor allem Jugendliche einen veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus oder einen freilaufenden Rhythmus angewöhnen, da feste Strukturen fehlen. Dies ist auch vor dem Hintergrund eines ohnehin bedingt durch die Pubertät eher veränderten Chronotyps zu berücksichtigen.

Problematisch hinsichtlich der Durchführung oben aufgezeigter Studien könnten einerseits die sprachlichen Anforderungen sein, jedoch auch, dass die UMF aufgrund ihrer instabilen Lebensumstände und der unklaren rechtlichen Lage nur schwierig Zugang zu gesundheitsversorgenden Institutionen finden und gegebenenfalls kulturspezifische Vorurteile gegenüber psychologischen Angeboten haben. Zudem – und dies erscheint sehr wichtig, fehlt es an standardisierten Instrumenten zur Erhebung des Schlafes und der Schlafgewohnheiten in leichter Sprache (Huemer et al., 2009).^[33] Wir wissen zu wenig über den Schlaf dieser Kinder und Jugendlichen und können nichts über die langfristige Entwicklung der Schlafprobleme aussagen (Ceri et al., 2016).^[31] Dies sollte dringend verändert werden. Zwar zeigen längsschnittliche Daten über 6-7 Jahre nach Aufnahme der Kinder mit ihren Familien, dass sich die psychische Belastung – und auch die Schlafprobleme der Kinder reduzierten, während sich bei UMF nach einem

Jahr ein chronischer Verlauf zeigt (Bean, et al., 2007).^[6] Auch hinsichtlich eines Interventionsangebotes und der Verbesserung von Versorgungsstrukturen ist es wichtig, dass vorhandene evaluierte Therapiekonzepte (Schlarb 2014; Schlarb 2016)^[18–21, 40] auf dieses spezifische Klientel angepasst werden und gegebenenfalls ein zusätzliches Schlaftraining additiv zur Regelversorgung angestrebt wird.

Dass ein Schlaftraining auch bei bestehender psychischer Problematik bei Kindern und Jugendlichen effektiv sein kann, wurde bereits gezeigt (Roeser et al., 2016; Schwerdtle et al., submitted).^[37, 38]

Vor allem vor dem Hintergrund, dass UMF nach einer umfangreichen Längsschnittstudie einen chronischen und schwerwiegenden Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen aufweisen, kann Schlaf ein geeignetes und für die Kinder und Jugendlichen als wenig schambehaftetes Thema als Ansatzpunkt sowohl für die Diagnostik als auch hinsichtlich möglicher Behandlungsansätze gewählt werden (Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007).^[32]

Literatur

- [1] Das Europäische Parlament und der Rat der europäischen Union. Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011: Über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes (Neufassung). Amtsblatt der europäischen Union.
- [2] Bundesverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Auswertung Bestandszahlen vom 23.08.2016. Unbegleitete junge Flüchtlinge in der Jugendhilfe.
- [3] Witt A, Rassenhofer M, Fegert JM, Plener PL: Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Kindheit und Entwicklung*, 2015;24(4):209–224.
- [4] Wiese EBP, Burhorst I: The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural psychiatry* 2007;44(4):596–613.
- [5] Metzner F, Reher C, Kindler H, Pawils S: Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2016;59(5):642–651.

- [6] Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P: Comparing Psychological Distress, Traumatic Stress Reactions, and Experiences of Unaccompanied Refugee Minors With Experiences of Adolescents Accompanied by Parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2007;195(4):288–297.
- [7] Smid GE, Lensvelt-Mulders GJLM, Knipscheer JW, Gersons BPR, Kleber RJ: Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division* 2011;53,40(5):742–755.
- [8] Mutch RC, Cherian S, Nemba K, Geddes JS, Rutherford DM, Chaney GM, Burgner DP: Tertiary paediatric refugee health clinic in Western Australia: analysis of the first 1026 children. *Journal of paediatrics and child health* 2012;48(7):582–587.
- [9] Walg M, Fink E, Grossmeier M, Temprano M, Hapfelmeier G: Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2016;1–9.
- [10] Kirk Felsman J, Leong FT, Johnson MC, Crabtree Felsman I: Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: Adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Social Science & Medicine* 1990;31(11):1251–1256.
- [11] Ehntholt KA, Yule W: Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 2006;47(12):1197–1210.
- [12] Masten AS, Best KM, Garmezy N: Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 1990;2(04):425.
- [13] Oppedal B, Idsoe T: The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology* 2015;56:203–211.
- [14] Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH: Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2015;20:106–116.
- [15] Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I: Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:337–346.

- [16] Bihlmaier I, Schlarb AA: Self-efficacy and sleep problems. *Somnologie* 2016;20(4):275–280.
- [17] Schlarb AA, Brandhorst I, Jäger S, Lollies F: Emotionsregulation und Schlaf bei jungen Kindern - gibt es Zusammenhänge? *Aktuelle Kinderschlafmedizin* 2016:16–21.
- [18] Schlarb AA: JuSt - Therapeutenmanual. Das Training für Jugendliche ab 11 Jahren mit Schlafstörungen. Stuttgart: Kohlhammer, 2016.
- [19] Schlarb AA: JuSt - Begleit- und Arbeitsbuch für Jugendliche. Das Training für Jugendliche ab 11 Jahren mit Schlafstörungen. Stuttgart: Kohlhammer, 2016.
- [20] Schlarb AA: KiSS - Begleit- und Arbeitsbuch für Eltern und Kinder. Das Training für Kinder von 5 bis 10 Jahren mit Schlafstörungen. Stuttgart: Kohlhammer, 2014.
- [21] Schlarb AA: (2014). KiSS - Therapeutenmanual. Das Training für Kinder von 5-10 Jahren mit Schlafstörungen. Stuttgart: Kohlhammer, 2016.
- [22] Terr LC: Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *The American journal of psychiatry* 1983;140(12):1543–1550.
- [23] Ross RJ, Ball WA, Sullivan KA, Caroff SN: Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry* 1989;146(6):697–707.
- [24] Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick C: Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *The American journal of psychiatry* 1990;147(11):1526–1530.
- [25] Bronstein I, Montgomery P: Sleeping patterns of Afghan unaccompanied asylum-seeking adolescents: a large observational study. *PloS one* 2013;8(2):e56156.
- [26] Fazel M, Stein A: (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood* 2002;87(5):366–370.
- [27] Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P: Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(3):533–542.
- [28] Montgomery E, Foldspang A: (2005). Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence. *European journal of public health* 2005;15(3):233–237. Sowie: Montgomery E, Foldspang A: Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *Eur J Public Health* 2001 Mar;11(1):18-22.

- [29] Lorek A, Ehntholt K, Nesbitt A, Wey E, Githinji C, Rossor E, Wickramasinghe R: The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention center: a pilot study. *Child Abuse & Neglect* 2009;33(9):573–585.
- [30] Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, Birman D: Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *Journal of traumatic stress*, 2012;25(6):682–690.
- [31] Ceri V, Ozlu-Erkilic Z, Ozer U, Yalcin M, Popow C, Akkaya-Kalayci T: Psychiatrische Symptome und Störungen bei jesidischen Kindern und Jugendlichen unmittelbar nach erzwungener Migration infolge von IS-Angriffen [Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks]. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 2016;30(3), 145–150.
- [32] Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P: Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine* 2007;64(6):1204–1215.
- [33] Huemer J, Karnik N, Steiner H: Unaccompanied refugee children. *The Lancet* 2009;373(9664):612–614.
- [34] Bronstein I, Montgomery P: Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical child and family psychology review* 2011;14(1):44–56.
- [35] Dahl RE, Puig-Antich J: Sleep disturbances in child and adolescent psychiatric disorders. *Pediatrician* 1990;17(1):32–37.
- [36] Velten-Schurian K, Hautzinger M, Poets CF, Schlarb AA: Association between sleep patterns and daytime functioning in children with insomnia: the contribution of parent-reported frequency of night waking and wake time after sleep onset. *Sleep medicine* 2010;11(3):281–288.
- [37] Roeser K, Schwerdtle B, Kübler A, Schlarb AA: Further Evidence for the JuSt Program as Treatment for Insomnia in Adolescents: Results from a 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2016;12(02):257–262.
- [38] Schwerdtle B, Kübler A, Schlarb AA: External validity of the multicomponent group treatment KiSS for school-aged children with insomnia. (subm.).
- [39] Rossman, B. R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(8):1089–1097.