

Psychologische Interventionen bei geflüchteten Patient*innen mit Depression: Kulturelle Adaptation des Metakognitiven Trainings bei Depression (D-MKT)

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Medizin (Dr. med.)

an der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Heba Abed Al-Rahim Alkailani

aus

Jordanien

2025

Betreuer:in / Gutachter:in der Dissertation: PD Dr. Silke Pawils

Gutachter:in der Dissertation: PD Dr. Regine Klinger

Vorsitz der Prüfungskommission: PD Dr. Regine Klinger

Mitglied der Prüfungskommission: Prof. Dr. Lena Jelinek

Mitglied der Prüfungskommission: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger

Datum der mündlichen Prüfung: 23.03.2026

1. Inhaltsverzeichnis	3
2. Hintergründe zu „Menschen mit Fluchterfahrung aus arabischen Ländern“	5
2.1. Begriffsdefinitionen im Kontext von Migration und Flucht	5
2.2. Menschen mit Fluchterfahrung aus arabischen Ländern	5
3. Depression bei Geflüchteten	5
3.1. Prävalenzraten	5
3.2. Risikofaktoren für Erstmanifestation und Chronifizierung bei Geflüchteten	6
3.3. Verlauf, Behandlung und Auswirkungen auf Betroffene und ihr Umfeld	6
4. Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchterfahrung	6
4.1. Historische Entwicklung psychiatrischer Gesundheitsversorgung im Nahen Osten	6
4.2. Barrieren der Inanspruchnahme der psychosozialen Gesundheitsversorgung	7
4.3. Einflussfaktoren auf psychiatrische Versorgung von Geflüchteten	7
5. Sprachliche und kulturelle Adaptation von Therapieprogrammen für Geflüchtete	8
5.1. Methoden und Frameworks zur kulturellen Adaptation von Therapieprogrammen	8
5.2. Wirksamkeit und Herausforderungen der kulturellen Adaptation therapeutischer Verfahren	9
6. Methodische Umsetzung der kulturellen Adaption von Metakognitivem Training	9
6.1. Studie I zur systematischen Übersicht von Therapieangeboten (Uhr, Pawils, Morina, Alkailani, Metzner, 2025)	10
6.2. Studie II zur kulturellen Adaption und Pilotierung von MKT (Alkailani*, Metzner*, Uhr, Jelinek, Dietrichkeit, Pawils, 2024)	11
7. Ergebnisse	12

7.1. Studie I zur systematischen Übersicht von Therapieangeboten (Uhr, Pawils, Morina, Alkailani, Metzner, 2025)	12
7.2. Studie II zur kulturellen Adaption und Pilotierung von MKT (Alkailani*, Metzner*, Uhr, Jelinek, Dietrichkeit, Pawils, 2024)	13
8. Diskussion der Studien, der Studienergebnisse und Limitationen	14
9. Fazit und Ausblick	15
10. Publikationen	17
9.1. Studie I zur systematischen Übersicht von Therapieangeboten (Uhr, Pawils, Morina, Alkailani, Metzner, 2025)	17
9.2. Studie II zur kulturellen Adaption und Pilotierung von MKT (Alkailani*, Metzner*, Uhr, Jelinek, Dietrichkeit, Pawils, 2024)	49
11. Zusammenfassung deutsch und englisch	57
12. Literaturverzeichnis	58
13. Deklaration des eigenen Beitrags	62
14. Eidesstattliche Versicherung	63
15. Danksagung	64

2. Hintergründe zu „Menschen mit Fluchterfahrung aus arabischen Ländern“

Begriffsdefinitionen im Kontext von Migration und Flucht. Nach der Internationalen Organisation für Migration (International Organization for Migration, 2019) sind Flüchtlinge Personen, die ihr Herkunftsland aufgrund von Verfolgung wegen Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder politischer Überzeugung verlassen haben. Asylsuchende haben ihr Heimatland verlassen, beantragen in einem anderen Land Asyl und warten auf die Entscheidung über ihren Antrag. Undokumentierte Migranten hingegen migrieren außerhalb der rechtlichen Vorschriften oder halten sich ohne gültige Aufenthaltserlaubnis in einem Land auf (International Organization for Migration, 2019).

Menschen mit Fluchterfahrung aus arabischen Ländern. Laut dem Flüchtlingshochkommissariat der Vereinten Nationen (UNHCR) (UNHCR, 2022) wurden Ende 2021 weltweit 108,4 Millionen Menschen gewaltsam vertrieben. In den letzten Jahren suchten mehrere hunderttausend Menschen aus arabischen Kriegs- und Krisengebieten wie Syrien und dem Irak Schutz in westlichen Staaten. Die Mehrheit der Asylbewerber in Deutschland stammte 2019 und 2022 aus Syrien, dem Irak und Afghanistan (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2023b). Zwischen 2019 und 2022 stellten rund 200.000 Syrer einen Asylantrag in Deutschland; Anfang 2023 lag diese Zahl bei 9.000, was 30 % aller Erstanträge ausmachte (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2020, 2022, 2023a).

Die arabische Sprache zählt zu den meistgesprochenen Sprachen unter Geflüchteten in Deutschland, wobei 42 % Arabisch als Muttersprache angeben (Brücker *et al.*, 2018). Hocharabisch dient primär als Schriftsprache und wird meist erst in der Schule erlernt, während im Alltag regionale Dialekte dominieren (Elger, 2018).

Unter syrischen Geflüchteten in Deutschland sprechen 78 % Arabisch und 20 % Kurdisch-Kurmandschi als Muttersprache, wobei 93 % der Kurmandschi-Sprechenden über bessere schriftliche Kompetenzen im Arabischen verfügen (Brücker *et al.*, 2018). Im Irak, wo neben Arabisch auch Kurdisch Amtssprache ist, sprechen 50 % der irakischen Geflüchteten Arabisch, 37 % Kurmandschi und 9 % Sorani. Von den irakischen Kurmandschi-Sprechenden beherrschen 60 % Arabisch gut oder sehr gut (Brücker *et al.*, 2018).

3. Depression bei Geflüchteten

Prävalenzraten. Bei Geflüchteten ist das Risiko für schwere psychische Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der Exilländer deutlich erhöht (Bogic *et al.*, 2015; Gammouh *et al.*, 2015; Schaffrath *et al.*, 2017). Studien zeigen, dass sie bis zu 14-mal häufiger an Depressionen leiden als die westliche Allgemeinbevölkerung (Bogic *et al.*, 2015). In Stichproben arabischer Geflüchteter in westlichen Aufnahmeländern variierte die Prävalenz von Depressionen zwischen 15 % und 57 % (Gammouh *et al.*, 2015; Richter *et al.*, 2015; Kröger *et al.*, 2016; Georgiadou *et al.*, 2017; Georgiadou *et al.*, 2018; Poole *et al.*, 2018). Ähnlich hohe Raten (28 %) wurden bei Geflüchteten aus afrikanischen Ländern festgestellt, während sie bei Geflüchteten vom Balkan niedriger waren (18 %) (Kröger

et al., 2016). Zum Vergleich: In Deutschland liegt das lebenslange Depressionsrisiko in der Gesamtbevölkerung bei 16 % bis 20 % (Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Psychiatrie E.V. *et al.*, 2022).

Risikofaktoren für Erstmanifestation und Chronifizierung bei Geflüchteten. Das Risiko für das Auftreten oder die Chronifizierung depressiver Erkrankungen bei Geflüchteten wird durch belastende Erlebnisse im Herkunftsland (z. B. Krieg, Verfolgung, Folter), während der Flucht (z. B. lebensgefährliche Routen, Gewalt, Armut) und im Exilland (z. B. Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung, Diskriminierung) erhöht (Gammouh *et al.*, 2015; Georgiadou *et al.*, 2017; Riffer *et al.*, 2018; Elshahat & Moffat, 2021). Eine lange Wartezeit auf den Asylbescheid gilt als Prädiktor für das Auftreten und die Schwere einer Depression (Georgiadou *et al.*, 2017; Riffer *et al.*, 2018). Auch mangelnde Zukunftsperspektiven, Sprachbarrieren und fehlende Beschäftigung tragen zu einem erhöhten Depressionsrisiko bei (Riffer *et al.*, 2018; Elshahat & Moffat, 2021).

Verlauf, Behandlung und Auswirkungen auf Betroffene und ihr Umfeld. Depressionen zählen zu den häufigsten und schwerwiegendsten psychischen Störungen. Sie sind gekennzeichnet durch eine anhaltend gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit sowie häufig auftretende somatische Beschwerden. Der Alltag der Betroffenen wird erheblich beeinträchtigt; Symptome wie Selbstzweifel, Grübelneigung, Schlaf- und Appetitstörungen wirken sich negativ auf das allgemeine Wohlbefinden und den Selbstwert aus. Depressive Episoden können langanhaltend oder wiederkehrend auftreten und die Lebensführung erheblich beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall führen sie zum Suizid, sie stellt die häufigste psychische Ursache für Suizide dar; die Suizidrate bei Betroffenen ist etwa 20-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Neben den direkt Betroffenen leidet auch das soziale Umfeld, insbesondere familiäre Beziehungen, unter den Auswirkungen der Erkrankung. Kinder depressiver Eltern weisen häufig Entwicklungsverzögerungen oder psychische Auffälligkeiten auf, wobei genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen (BÄK *et al.*, 2022). Aktuelle Behandlungsleitlinien empfehlen Psychotherapie oder medikamentöse Therapie bei leichten bis mittelgradigen Depressionen; bei schweren Formen wird eine Kombination beider Ansätze empfohlen. Ergänzend kommen weitere Therapieformen zum Einsatz, darunter neurostimulatorische Verfahren, psychosoziale Interventionen (z. B. Ergo- oder Soziotherapie) sowie unterstützende Maßnahmen wie Sport- und Bewegungstherapie, Lichttherapie oder Schlafentzugstherapie (BÄK *et al.*, 2022).

4. Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchterfahrung

Historische Entwicklung psychiatrischer Gesundheitsversorgung im Nahen Osten. Obwohl die ersten psychiatrischen Krankenhäuser vermutlich im Nahen Osten entstanden (z. B. Bagdad 705, Kairo 800, Damaskus 1270) und traditionelle Therapieformen wie Musik- und Aromatherapie dort eine lange Geschichte haben, ist die heutige psychiatrische Versorgung – insbesondere in Kriegsgebieten – stark eingeschränkt. Viele Einrichtungen, wie das größte psychiatrische Krankenhaus des Iraks, wurden durch Konflikte zerstört, was die Versorgungslücke weiter vergrößerte (Adorjan *et al.*,

2017; Sayar & Kose, 2017). Psychische Erkrankungen sind in arabischen Ländern stark stigmatisiert und werden häufig mit „dämonischer Besessenheit“ oder Willensschwäche assoziiert (Thomas, 2019). Zudem besteht die Sorge einer „Schande-durch-Assoziation“, da angenommen wird, dass die ganze Familie unter der Stigmatisierung leidet, etwa durch geringere Heirats- oder Berufschancen (Kirmayer *et al.*, 2011; Hassan *et al.*, 2016; Thomas, 2019).

Barrieren der Inanspruchnahme der psychosozialen Gesundheitsversorgung. Geflüchtete in Deutschland stehen vor zahlreichen Barrieren beim Zugang zur psychosozialen Gesundheitsversorgung. Dazu gehören strukturelle Hürden (z. B. Unsicherheiten über Behandlungskosten) sowie kulturspezifische Faktoren (z. B. Sprachbarrieren, unterschiedliche Hilfesuchverhalten, Stigmatisierung psychischer Erkrankungen) (Dorn *et al.*, 2011; Domenico Giacco & Stefan Priebe, 2015; Fuhr *et al.*, 2019; Satinsky *et al.*, 2019).

Laut Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben Asylsuchende Anspruch auf medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen, einschließlich psychiatrischer Behandlungen, sofern sie medizinisch notwendig sind. Da Depressionen oft als chronische Erkrankung gelten, werden sie nur bei akuter Suizidalität oder schweren Episoden als behandlungsbedürftig anerkannt (Wiebke Lemmer, 2017).

Eine zentrale Herausforderung ist die fehlende rechtliche Grundlage für die Kostenübernahme von Dolmetschern in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Eine Finanzierung ist nur in Ausnahmefällen möglich, wenn eine wirksame Behandlung ohne Dolmetscher nicht gewährleistet werden kann (Wiebke Lemmer, 2017).

Zudem äußern geflüchtete Patient*innen psychische Probleme oft durch körperliche Beschwerden, was die Diagnosestellung erschwert. Fehlendes Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem sowie eine stärkere Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in ihren Herkunftsländern können die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zusätzlich hemmen (Kirmayer *et al.*, 2011; Hassan *et al.*, 2016; Riffer *et al.*, 2018).

Einflussfaktoren auf psychiatrische Versorgung von Geflüchteten. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland ist komplex und regional unterschiedlich geregelt. Da Screenings auf psychische Erkrankungen bei neu ankommenden Geflüchteten sowie in Asylunterkünften meist fehlen, bleiben viele psychische Erkrankungen unerkannt und unbehandelt (Schneider *et al.*, 2017). Für eine bessere psychosoziale Versorgung sind kultursensible Therapieprogramme und eine interkulturelle Öffnung in der Behandlung essenziell (Kirmayer *et al.*, 2011; Schaffrath *et al.*, 2017).

Dolmetscher*innen spielen eine zentrale Rolle in der psychotherapeutischen Behandlung, indem sie sprachliche und kulturelle Barrieren überbrücken sowie unterschiedliche Krankheitskonzepte vermitteln (Hanft-Robert *et al.*, 2018; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2021; Dürr, 2021). Der Einsatz professioneller, in psychischer Gesundheit geschulter Dolmetscher*innen

oder Arabisch sprechender Fachkräfte kann für eine effektive Therapie essenziell sein (Hassan *et al.*, 2016; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2021).

Für den Therapieerfolg sind neben der sprachlichen Kompetenz auch Biografie, kultureller Hintergrund, Geschlecht, Religion, Volkszugehörigkeit und Dialekt der Dolmetscher*innen relevant (Hanft-Robert *et al.*, 2018; Dürr, 2021). Eine klare Rollenverteilung innerhalb der interkulturellen Triade ist unerlässlich, wobei Psychotherapeut*innen die Hauptverantwortung tragen und gegenseitiges Vertrauen essenziell ist (Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, 2015; Hanft-Robert *et al.*, 2018; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2021).

Als Herausforderung gelten eine mögliche Verlangsamung des therapeutischen Prozesses und ein Verlust an Spontaneität (Hanft-Robert *et al.*, 2018; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2021; Dürr, 2021). Dennoch stellt der Mangel an Dolmetscher*innen eine der größten Hürden für den Zugang Geflüchteter zur psychotherapeutischen Versorgung dar (Kirmayer *et al.*, 2011).

Das Metakognitive Training für Depressionen (D-MKT) ist ein gruppentherapeutisches Verfahren zur Behandlung depressiver Episoden, das auf dem MKT für Psychosen basiert und mit den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) vereinbar ist (Moritz *et al.*, 2010; Jelinek & Hauschildt, 2015; Jelinek *et al.*, 2016; Jelinek, van Quaquebeke & Moritz, 2017; Hauschildt *et al.*, 2022). Es ist niedrigschwellig einsetzbar, weist gute Effekte sowie eine hohe Akzeptanz auf (Jelinek *et al.*, 2016; Jelinek, Moritz & Hauschildt, 2017) und umfasst acht Module, die kognitive Verzerrungen identifizieren und korrigieren sowie adaptive Bewältigungsstrategien vermitteln (Jelinek *et al.*, 2016; Jelinek, van Quaquebeke & Moritz, 2017; Jelinek *et al.*, 2019). Niedrigschwellige Interventionen wie das D-MKT erreichen auch marginalisierte Gruppen und erleichtern deren therapeutische Einbindung (Keeney & Saucier, 2010).

Das D-MKT wurde bereits in zahlreiche Sprachen übersetzt und mehrfach kulturell adaptiert. Um Arabisch sprechende Geflüchtete mit Depressionen wirksam zu behandeln, bedarf es einer spezifischen kulturellen Adaptation, um eine hohe Akzeptanz zu gewährleisten (Fisher *et al.*, 2014; Sit *et al.*, 2020; Sangraula *et al.*, 2021).

Im Fokus des D-MKT steht die Untersuchung kognitiver Verzerrungen, die als zentral für die Pathogenese der Depression gelten. Diese umfassen klassische Denkfehler wie den „geistigen Filter“ sowie Verzerrungen in der Informationsverarbeitung, etwa stimmungskongruente Erinnerungen oder Defizite in Konzentration und Gedächtnis. Das Training adressiert diese Verzerrungen in den Modulen 1, 3, 5 und 7 („Denken und Schlussfolgern“), während Module 2, 4, 6 und 8 Aspekte wie Gedächtnis, Selbstwert, Verhaltensweisen und Emotionen behandeln (Jelinek *et al.*, 2016).

5. Sprachliche und kulturelle Adaptation von Therapieprogrammen für Geflüchtete

Methoden und Frameworks zur kulturellen Adaptation von Therapieprogrammen. Über die Jahre wurden verschiedene Methoden zur kulturellen Adaptation psychologischer Interventionen

entwickelt, jedoch bestehen Herausforderungen bei ihrer praktischen Umsetzung (Heim & Kohrt, 2019). Bernal et al. (1995) definierten acht zentrale Adaptationselemente, deren Abgrenzung – etwa zwischen Sprache und Metaphern – jedoch oft schwierig ist (Heim & Kohrt, 2019).

Chu & Leino (2017) unterscheiden im Cultural Treatment Adaptation Framework zwischen Kern- und peripheren Komponenten. Die periphere Adaptation umfasst Maßnahmen zur Erhöhung der Zugänglichkeit (Engagement) und Anpassungen der Behandlungsdurchführung (z. B. sprachliche und inhaltliche Modifikationen). Die Kernkomponenten können auf einem Kontinuum von vier Stufen angepasst werden: von keiner Veränderung über Zusätze und Modifikationen bis hin zu einem vollständigen Behandlungswechsel, falls die Intervention mit der Zielkultur unvereinbar ist.

Ergänzend dazu schlagen Heim & Kohrt ein Framework mit drei Ebenen vor: "Treatment Delivery" (oberflächliche Adaptation), "Cultural Concepts of Distress (CCD)" und "Treatment Components" (tiefe Adaptation). Instrumente wie das Cultural Formulation Interview (American Psychiatric Association, 2013) oder das Barts Explanatory Model Inventory (Rüdel et al., 2009) ermöglichen die Erfassung subjektiver Krankheitstheorien und kultureller Einflussfaktoren, um den Adaptationsprozess gezielt zu steuern.

Resnicow et al. unterscheiden zwischen oberflächlicher (z. B. sprachliche Anpassungen, Symbole) und tiefer Adaptation (z. B. kulturelle Konzepte von Krankheit und Heilung) (Resnicow et al.; Shala et al., 2020).

Wirksamkeit und Herausforderungen der kulturellen Adaptation therapeutischer Verfahren.

Angesichts der globalen kulturellen Vielfalt ist die Entwicklung, Evaluation und Implementierung systematischer, evidenzbasierter Ansätze zur kulturellen Adaptation von Therapien essenziell (Ramaiya et al., 2017). Diese geht über Übersetzungen hinaus und umfasst die Anpassung von Behandlungskonzepten an Überzeugungen, Traditionen und Lebensrealitäten der Zielgruppe (BigFoot, 2010).

Kulturell adaptierte Therapien zeigen eine moderate Wirksamkeit mit einer durchschnittlichen Effektgröße von $d = 0,45$ im Vergleich zu nicht-adaptierten Interventionen (Ramaiya et al., 2017). Eine unkritische Übertragung auf andere Zielgruppen kann dagegen die Wirksamkeit mindern und zu Ablehnung führen, wenn Inhalte als unverständlich oder unangemessen empfunden werden (Heim & Kohrt, 2019; Shala et al., 2020).

Wichtige Faktoren, die bei der kulturellen Adaptation therapeutischer Interventionen berücksichtigt werden sollten, sind Familienstrukturen, Geschlechterrollen und soziale Normen, die den Therapieprozess beeinflussen (Kumpfer et al., 2002; BigFoot, 2010). Beispielsweise kann die geschlechtsspezifische Gruppenzusammensetzung entscheidend sein (Damra et al., 2014). Auch die Anpassung der Therapiedauer an die Lebensumstände der Zielgruppe, etwa hinsichtlich Arbeitszeiten, ist relevant (Kananian et al., 2017).

6. Methodische Umsetzung der kulturellen Adaption von Metakognitivem Training

Study I (Cornelia Uhr, Silke Pawils, Nexhmedin Morina, Heba Alkailani & Franka Metzner 2025). Der methodische Ansatz basiert auf den Richtlinien zur Durchführung systematischer Übersichtsarbeiten (Tacconelli, 2010; Higgins & Green, 2012; Zawacki-Richter *et al.*, 2020) und der PRISMA-2020-Erklärung (Page *et al.*, 2021).

Die Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden gemäß dem PICOS-Format (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design) (Higgins & Green, 2012) festgelegt. Die zentrale Forschungsfrage, die das PICOS-Schema beschreibt, lautete: „Bei erwachsenen Geflüchteten mit Depression (P) – führen psychologische Interventionen (I), unabhängig von einer Kontrollgruppe (C), zu einer Verbesserung depressiver Symptome (O) in einem Prä-Post-Studiendesign (S)?“

Die Einschlusskriterien umfassten ein Mindestalter von 18 Jahren, den Status als Geflüchteter, Asylsuchender oder undokumentierter Migrant*in im Aufnahmeland sowie eine diagnostizierte depressive Störung gemäß einem Messinstrument basierend auf dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (American Psychiatric Association, 2013) oder der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) (Weltgesundheitsorganisation, 1993). Auch Studien mit Teilnehmenden mit komorbiden psychischen Erkrankungen wurden eingeschlossen. Berücksichtigt wurden sowohl persönliche als auch online durchgeführte psychologische Interventionen zur Depressionsbehandlung.

Eine systematische Suche nach peer-reviewed Primärliteratur erfolgte im Oktober 2024 in den Datenbanken Medline, PsycINFO und Web of Science.

Nach Entfernung von Duplikaten wurden Titel und Abstracts gemäß den Einschluss- und Ausschlusskriterien gescreent. Studien, die beide Gutachterinnen als „ausgeschlossen“ markierten, wurden entfernt, während bei abweichenden Bewertungen ein Konsens erzielt wurde.

Die zu extrahierenden Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien wurden im Forschungsteam abgestimmt. Nach vollständiger Prüfung anhand der Einschlusskriterien wurden $k = 20$ Studien in die systematische Übersichtsarbeit aufgenommen. Relevante Informationen wurden strukturiert kodiert und beschrieben.

Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde mit dem Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong *et al.*, 2018) bewertet, das für Übersichtsarbeiten mit gemischten Methoden entwickelt wurde und auch Studien ohne Kontrollbedingung einschließt. Für diese Arbeit wurden ausschließlich die Kategorien „Quantitative randomisierte kontrollierte Studien“ und „Quantitative nicht-randomisierte Studien“ berücksichtigt. Die Qualitätskriterien wurden als „Erfüllt“, „Nicht erfüllt“ oder „Nicht genügend Informationen verfügbar“ bewertet und die methodische Qualität wurde in „hoch“ (alle Kriterien erfüllt), „mittel“ (3–4 Kriterien erfüllt) oder „niedrig“ (0–2 Kriterien erfüllt) klassifiziert. Uneinigkeiten wurden durch Diskussion geklärt, bei fehlendem Konsens entschied eine unabhängige Drittgutachter*in.

Study II (Heba Alkailani* , Franka Metzner* , Cornelia Uhr , Lena Jelinek , Mona Dietrichkeit , Silke Pawils 2024). Alle D-MKT-Materialien (einschließlich PowerPoint-Präsentationen mit insgesamt etwa 600 teils bebilderten Folien, Informationsmaterialien, Gruppenregeln, Studieninformationen, Patient*innenaufklärung, Einwilligungserklärung und Bewertungsinstrumenten für die 8 D-MKT-Module) wurden aus dem Englischen und Deutschen ins Arabische übersetzt. Nach der Übersetzung erfolgte eine Überprüfung der Fachterminologie, Verständlichkeit und sprachlichen Genauigkeit.

Wurde die Situation, auf die sich eine Metapher oder Redewendung bezog, in der arabischen Kultur wenig bekannt oder ließ sie keine wörtliche Übersetzung zu, kam die Methode der situativen Äquivalenz zur Anwendung. Alternativübersetzungen für Fachbegriffe wurden mithilfe von Wörterbüchern und arabischer Fachliteratur gesucht und validiert. Übersetzungen von Redewendungen und Metaphern wurden mit arabischsprachigen Kolleg*innen und in einer Expert*innengruppe diskutiert, um ihre Verständlichkeit und Angemessenheit zu prüfen.

In einer moderierten Expert*innendiskussion wurden a) 103 schwierige Formulierungen und b) 27 Abbildungen auf den Folien besprochen. An der Diskussion nahmen 7 Expert*innen aus den Bereichen Psychotherapie, Medizin, Sprachmittlung und Interkulturelle Kommunikation teil. Sie stammten aus Deutschland, Jordanien, Syrien und Ägypten, waren 24 bis 63 Jahre alt, darunter 2 mit Fluchterfahrungen, 7 weiblich und 5 sprachen Arabisch als Muttersprache.

Die Diskussion fand im Mai 2019 in deutscher Sprache statt und dauerte ca. 5 Stunden. Die Expert*innen bewerteten die Übersetzungen und Abbildungen in einem Online-Fragebogen auf einer 3-stufigen Skala. Für als problematisch oder unsicher eingeschätzte Inhalte wurden Alternativen gesucht. Änderungsvorschläge wurden bis zum Konsens diskutiert. Neue Abbildungen wurden über Stockfotos oder durch eine Illustratorin erstellt. Die Änderungen wurden in den PowerPoint-Präsentationen umgesetzt und in einer Pilotstudie zum kulturell adaptierten D-MKT (KA-D-MKT) getestet. In einer unkontrollierten Pilotstudie (2020–2022) wurden die Verständlichkeit, Akzeptanz und Durchführbarkeit des kulturell adaptierten Gruppentrainings geprüft. Eingeschlossen wurden arabischsprachige Geflüchtete und Asylbewerber*innen aus Arabisch sprechenden Ländern im Alter von 18 bis 65 Jahren mit einer depressiven Störung und einem Asylantrag innerhalb der letzten 10 Jahre.

Rekrutiert wurde in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll. Weitere Rekrutierungsstrategien aufgrund rückläufiger Geflüchtetenzahlen und COVID-19-Einschränkungen beinhalteten Informationsmaterialien an Ärzte, Beratungsstellen und soziale Einrichtungen. 33 von 54 angemeldeten Personen nahmen an der Eingangsdiagnostik teil, 11 (33%) schlossen die Studie ab. Gründe für Nicht-Teilnahme waren u.a. zeitliche Überschneidungen, Erreichbarkeitsprobleme, lange Anfahrtswege und gesundheitliche Einschränkungen.

In der Pilotstudie wurden alle Instrumente auf Arabisch übersetzt und bei nicht alphabetisierten Patient*innen vorgelesen. Soziodemographische Daten wurden mit 14 Fragen zu Geschlecht, Alter,

Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Bildung, Beruf, Fluchtdauer, Asylantrag, Familienstand, Kinderanzahl und Wohnsituation erfasst.

Akzeptanz und Verständlichkeit wurden mit 11 Fragen zur Zufriedenheit und Verbesserung erfasst, basierend auf einem Fragebogen zur subjektiven Beurteilung der Behandlung (Jelinek, Moritz & Hauschildt, 2017). Neun Items wurden auf einer 5-stufigen Skala beantwortet, zwei im Freitext.

Das Wohlbefinden wurde mit einem Item („Wie fühlen Sie sich jetzt gerade?“) auf einer 5-stufigen Skala erfasst.

Die Patient*innen nahmen an 10 wöchentlichen, 90-minütigen Sitzungen teil, in denen zu Beginn und am Ende Soziodemographie und depressive Symptomatik erfasst wurden. Jede Sitzung wurde von eine/r von 4 geschulten und supervidierten Psychologischen Psychotherapeut*innen (3 weiblich) geleitet. Dolmetscher* in und/oder eine arabischsprachige studentische Hilfskraft begleiteten alle Sitzungen. Nach jeder Sitzung wurden Wohlbefinden, Akzeptanz und Verständlichkeit per Fragebogen erfasst.

Es wurden insgesamt vier 10-wöchige Durchläufe des Gruppentrainings auf Arabisch durchgeführt, davon jeweils einer als reine Frauen- bzw. Männergruppe. Gruppengröße lag zwischen 1 und 6 Patient*innen.

7. Ergebnisse

Study I (Cornelia Uhr, Silke Pawils, Nexhmedin Morina, Heba Alkailani & Franka Metzner 2025). Nach Entfernung von Duplikaten wurden 1316 Titel und Abstracts gesichtet (Übereinstimmungsrate: 92%), wovon 1225 ausgeschlossen wurden. 89 Volltexte wurden geprüft (Übereinstimmungsrate: 76%), 69 wurden ausgeschlossen. Es wurden 20 Studien eingeschlossen.

Die Patientengruppen stammten überwiegend aus Asien, mit einer Studie zu Subsahara-Patienten und einer zu ukrainischen Flüchtlingen. Die meisten Studien befassten sich mit Flüchtlingen aus Myanmar, Afghanistan/Iran, Syrien sowie einzelnen anderen Ländern. Siebzehn Interventionen waren kulturelle Adaptationen bestehender Programme oder speziell für Flüchtlinge entwickelt. Die meisten Erstautor*innen kamen aus wohlhabenden Ländern, insbesondere aus den USA und Europa, während die Gastländer der Flüchtlinge hauptsächlich wohlhabende Staaten waren. Drei Studien wurden in Ländern mit mittlerem und zwei in Ländern mit niedrigem Einkommen durchgeführt.

Fünf Studien untersuchten ausschließlich klinische Depression, drei davon waren randomisierte Gruppenstudien, während die übrigen ein Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe verwendeten. In zehn Studien war Depression ein Einschlusskriterium, in sechs auch andere psychische Störungen wie PTBS. Sechs Studien nutzten diagnostische Interviews, andere Selbstberichtsmaßnahmen. Eine Studie basierte auf einer Diagnose durch medizinisches Fachpersonal mittels DSM-IV-Interview.

Die Interventionen variierten in Inhalt und Intensität, mit Sitzungszahlen von 5 bis über 40. Die häufigste Therapieform war kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Neun Interventionen wurden individuell, zehn im Gruppensetting durchgeführt, davon eine digital. Die Behandlungen wurden überwiegend von Fachkräften durchgeführt (in vier Studien von muttersprachlichen Therapeut*innen), aber

auch von Laienberater*innen unter Supervision (in sechs Studien von geschulten Trainer*innen und Helfer*innen). In neun Studien wurde ein/e Dolmetscher*in eingesetzt.

Bis auf eine Studie zeigten alle eine signifikante Reduktion depressiver Symptome, teils mit großen Behandlungseffekten bei den kontrollierten Studien. Neun Studien verwendeten eine Kontrollbedingung, davon vier im Einzel-, vier im Gruppensetting und eine digital. Die Stichprobengrößen variierten von $n = 24$ bis $n = 1755$ (Median $n = 322$). Mit Ausnahme einer Studie verfügten die kontrollierten Studien über keine adäquaten Kontrollbedingungen, was eindeutige Schlussfolgerungen erheblich erschwert.

Die nicht kontrollierten Studien ($n = 11$) hatten meist Pilotcharakter mit kleinen Stichproben (Median $n = 29$, Range $n = 7-144$) und wurden etwa gleich häufig im Einzel- ($n = 5$) und Gruppensetting ($n = 5$) durchgeführt. Bis auf eine Studie zeigten alle eine signifikante Symptomreduktion, teils mit Remissionsraten über 30 %. Eine Studie fand zunächst keine signifikante Veränderung im PHQ, aber in einer anderen Messskala, während eine spätere Untersuchung mit größerer Stichprobe auch im PHQ signifikante Effekte zeigte – allerdings unter Zulassung zusätzlicher Medikation. Da Störfaktoren kaum erfasst wurden, sind die Ergebnisse schwer zu interpretieren. Dennoch liefern die Studien wertvolle Erkenntnisse, da Psychotherapie keine Symptomverschlechterung bewirkte und überwiegend akzeptiert wurde. Hohe Abbruchraten ($> 20\%$) traten nur in zwei Studien auf.

Nur eine Studie wurde als hochqualitativ bewertet. Sechs RCTs erreichten eine moderate Qualität, während zwei als niedrig eingestuft wurden, meist aufgrund unzureichender Ergebnisdarstellungen oder hoher Abbruchraten. Nicht-randomisierte Studien zeigten insgesamt eine geringe methodische Qualität: Acht wurden als niedrig und drei als mittel bewertet. Häufig fehlte die Berücksichtigung von Störfaktoren.

Study II (Heba Alkailani* , Franka Metzner* , Cornelia Uhr , Lena Jelinek , Mona Dietrichkeit , Silke Pawils 2024). Bei der Bewertung der 103 Übersetzungen wurden 86 (83%) als semantisch problematisch, 14 (14%) als idiomatisch problematisch und 3 (3%) als erfahrungsgemäß problematisch eingestuft. Etwa 83% der Übersetzungen wurden als unproblematisch und 6% als problematisch bewertet.

Beispiele für Änderungen sind die Anpassung von „Kennen Sie das?“ zu „Kennen Sie Ähnliches von sich?“ und von „Der Kopf könnte weich landen.“ zu „Der Kopf könnte sanft fallen.“ Der Begriff „Geistiger Filter“ wurde zu „Mentale Klarheit“ und die Redewendung „Eigenlob stinkt“ zu „Wer sich lobt, der lügt.“ Auch „ein Glas guten Weines“ wurde zu „eine Tasse Kaffee“ geändert. Von 27 Abbildungen wurden 21 (78%) als unproblematisch bewertet, während bei einigen, wie dem Bild einer Wahrsagerin mit einer Glaskugel, kulturelle Bedenken aufkamen. Das Bild wurde durch eine Darstellung von Hand-, Karten- oder Kaffeesatzlesen ersetzt. Ein weiteres Bild einer Frau in rückenfreiem Kleid wurde durch eine Abbildung einer Frau in rückenbedeckender Kleidung ersetzt, um Unwohlsein zu vermeiden.

Während der Pilotstudie lag die Teilnehmerzahl pro Modul zwischen 8 und 11 (Teilnahmequote: 73 % - 100 %). Die durchschnittliche Bewertung der Module variierte zwischen 4,4 und 4,7, wobei etwa 86 % der Teilnehmenden angaben, etwas Neues gelernt zu haben, und alle bestätigten, dass ihre Werte berücksichtigt wurden. Das Modul zum Thema „Selbstwert“ erzielte mit 4,7 die höchste Bewertung, während das Modul „Denken und Schlussfolgern (Teil 1)“ mit 4,4 am niedrigsten bewertet wurde. Im Verlauf des Trainings nahm das Wohlbefinden der Teilnehmenden zunächst zu (1. Modul: 3,3, 4. Modul: 4,8), zeigte jedoch im 5. und 6. Modul einen Rückgang, bevor es zum Ende des Programms wieder anstieg. Die freitextlichen Rückmeldungen betrafen vor allem das hohe Sprechtempo sowie die Auswirkungen hoch belasteter Patient*innen auf die Gruppendynamik und die Motivation der Teilnehmenden.

8. Diskussion der Studien, der Studienergebnisse und Limitationen

Im systematischen Review zeigte sich anhand von 17 eingeschlossenen Studien, dass eine psychologische Behandlung, die mehrere soziale und emotionale Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit Migration bei depressiven Patient*innen adressiert, der kognitiven Verhaltenstherapie bei depressiven Migrant*innen überlegen war und dass kulturadaptierte kognitive Verhaltenstherapie (CA-CBT) dabei hohe Effektgrößen zeigte. Zudem führte der Einsatz von Dolmetschern zu einer Verbesserung der Symptome.

Trotz unterschiedlicher Studienbedingungen, Förderstrukturen und Studiendesigns fällt auf, dass in Deutschland durchgeführte Studien vergleichsweise geringe Stichprobengrößen aufweisen. Dieses wiederkehrende Muster kann auf Rekrutierungsschwierigkeiten hinweisen, die wiederum auf die bestehende strukturelle Barrieren im Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung hindeuten.

Die Wahl der Ein- und Ausschlusskriterien – hier die inhaltliche Fokussierung auf Depressionen – und deren Nennung sichert einerseits die Replizierbarkeit. Die Operationalisierung von Depression sowie des Ausschlusskriteriums PTBS wurde jedoch in den Studien sehr heterogen vorgenommen und auch von den Gutachterinnen unterschiedlich bewertet. Künftig wäre hier eine stärkere Präzisierung erforderlich.

Darüber hinaus blieben einige Studien unberücksichtigt, da sie entweder gemischte Stichproben untersuchten, die nicht ausschließlich aus Geflüchteten bestanden, oder sich auf intern Vertriebene bezogen, die keinem postmigrationsbedingten Stress ausgesetzt waren.

In der zweiten Studie wurde die arabische Version des KA-D-MKT-Trainings in einem detaillierten Übersetzungs- und Adaptationsprozess zusammen mit Expert*innen erstellt.

Es zeigte sich, dass neben der Übersetzung auch zahlreiche sprachliche Modifikationen notwendig waren und einige Abbildungen an die Zielgruppe angepasst werden mussten. Im Ergebnis fanden die Teilnehmer*innen die arabische Sprache in den Modulen verständlich und alle Sinnbilder, Vergleiche sowie Situationen und Beispiele wurden als nachvollziehbar bewertet. Das KA-D-MKT zeigte

eine hohe Akzeptanz, da alle 8 Module hinsichtlich Spaß, Lernen, Nützlichkeit, Motivation zur Umsetzung im Alltag, Verständlichkeit der Sprache und der Beachtung von Werten und Traditionen positiv bewertet wurden.

Die niedrigen Zustimmungsraten beim Item „Ich habe etwas Neues gelernt“ könnten durch mögliche Nebenwirkungen des D-MKTs erklärt werden. In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde als häufigste Nebenwirkung der D-MKT eine Enttäuschung über den subjektiv wahrgenommenen Nutzen der Studienbehandlung berichtet (Dietrichkeit *et al.*).

Insbesondere im ersten Modul könnten die niedrigen Zustimmungsraten beim Item „Ich habe etwas Neues gelernt“ mit dem dort beobachteten niedrigen Wohlbefinden in Verbindung stehen. Empirische Befunde belegen, dass positiver Affekt die Offenheit für neue Informationen sowie eine flexible, integrative Informationsverarbeitung fördert (Fredrickson, 2001).

Das Modul, das hinsichtlich Akzeptanz und Verständlichkeit am schlechtesten bewertet wurde, wies zugleich die niedrigsten Werte im Wohlbefinden auf. Umgekehrt zeigte das am besten bewertete Modul die höchsten Wohlbefindenswerte. Dieses Ergebnis lässt sich durch den Einfluss von Akzeptanz und Verständnis auf das subjektive Wohlbefinden erklären – ein Zusammenhang, der der Bedeutung einer positiven therapeutischen Allianz vergleichbar ist (Tschuschke *et al.*, 2020).

Im Verlauf der Studie zeigte sich, dass das subjektive Wohlbefinden während der Durchführung des D-MKT, ähnlich wie bei Heim *et al.*, 2021, zunahm. Zukünftige Studien sollten den Rückgang des Wohlbefindens im fünften und sechsten Modul untersuchen und Verbesserungsvorschläge prüfen.

Die Studie weist mehrere Limitationen auf. Die kleine, nicht repräsentative Stichprobe verhindert eine Generalisierung der Ergebnisse. Die mangelnde Repräsentativität ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Studie primär therapieoffene Personen einbezog, während skeptische Geflüchtete unberücksichtigt blieben.

Der hohe Frauenanteil in der Stichprobe (64 %) spiegelt das bekannte Inanspruchnahmeverhalten wider, da Frauen häufiger therapeutische Hilfe suchen (Beiz & Riecher-Rössler). In der arabischen Gemeinschaft wird der Mann traditionell als Familienoberhaupt wahrgenommen, was möglicherweise dazu geführt hat, dass Männer aufgrund familiärer Verpflichtungen seltener erreicht wurden (Akhtar *et al.*, 2021).

9. Fazit und Ausblick.

Das DMKT wurde erstmals in eine arabische Version überführt und auf Akzeptanz sowie Verständlichkeit evaluiert. Die finale Version ist unter (<https://clinical-neuropsychology.de/ka-dmkt/>) öffentlich zugänglich. Die Pilotstudie zeigt, dass das KA-DMKT aufgrund seiner kulturellen Adaptation eine hohe Akzeptanz und Verständlichkeit bei arabischsprachigen Geflüchteten erzielt. Zukünftige Untersuchungen sollten klären, ob dieses kulturell adaptierte Training langfristig eine Verbesserung der depressiven Symptome bewirken kann (Wirkevaluation). Dazu wäre insbesondere die Rekrutierung

rungsstrategie sorgfältig hinsichtlich Repräsentativität zu planen, um Frauen und Männer sowie Geflüchtete mit und ohne Vorbehalten gegenüber therapeutischen Interventionen gleichermaßen einzuschließen.

In der systematischen Übersichtsarbeit wird die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Geflüchteten und Asylsuchenden mit Depressionen grundsätzlich aufgezeigt. Aufgrund der begrenzten Anzahl und methodischen Qualität der Studien können jedoch keine spezifischen Therapieempfehlungen abgeleitet werden. Angesichts der hohen Prävalenz depressiver Symptomatik in dieser Zielgruppe besteht somit ein dringender Forschungsbedarf. Studien zur Therapiewirksamkeit bei Geflüchteten müssen allerdings kulturelle Adaptation gemäß etablierter Modelle (z. B. Bernal & Sáez-Santiago, 2006; Chu & Leino, 2017; Heim & Kohrt, 2019) sowie postmigrationsbedingte Stressoren und die Lebenswelten der Zielgruppe stärker einbeziehen.

10. Publikationen

Studie 1

Uhr et al. *BMC Psychiatry* (2025) 25:26
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06447-y>

BMC Psychiatry

SYSTEMATIC REVIEW

Open Access



Psychological interventions for refugees with depression: a systematic literature review

Cornelia Uhr^{1,2}, Silke Pawils¹, Nexhmedin Morina², Heba Alkailani¹ and Franka Metzner^{1,3*}

Abstract

Background Ongoing global crises are forcing an increasing number of people to seek refuge in other countries. Refugees have often experienced multiple potentially traumatic events before and during their flight and are burdened by psychosocial problems in exile. Epidemiological research suggests that many refugees suffer from depression and need psychological care. Yet, a systematic review of psychological interventions for refugees with depression is lacking.

Method After registering in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), a systematic search for trials of psychological interventions for adult refugees with depression was conducted across three electronic databases (MEDLINE, Web of Science, & PsycINFO). Relevant data reported in original journal publications were extracted, synthesized and assessed qualitatively by two independent raters. The methodological quality of included trials was assessed.

Results Of 1316 publications, a total of 20 studies met eligibility criteria. Nine of these trials were carried out in an individual setting and ten in a group setting, with one of the trials being conducted digitally. Nine studies were designed as a randomized controlled trial (RCT), with only one of them using an active control group. In nine trials, the use of an interpreter was reported. Three of the trials applied multimodal treatments, and a total of sixteen studies applied manualized treatments. Seventeen interventions were adaptations of treatment programs developed in high income countries within a western context. Overall, nineteen out of twenty trials reported a significant improvement in depressive symptoms. Culturally adapted cognitive behavioural therapy (CA-CBT) was most frequently used (4 RCTs) and produced large effect sizes. Overall, all trials had limitations in study design.

Conclusions Our current review suggests that psychological interventions, and in particular CA-CBT interventions, can significantly improve depressive symptoms in refugees. However, the small number of trials and limitations in study design underscore the need for more research in this field.

The protocol for this review was registered in PROSPERO; registration number: CRD42021251943.

Keywords Refugees, Asylum seekers, Depression, Psychological intervention, Group intervention

Background

According to the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) [1], there was a global total of 108.4 million forcibly displaced persons at the end of 2021. Refugees often report numerous potentially traumatic experiences before they arrive in exile [2, 3]. Research on refugee mental health has therefore focused heavily on post-traumatic stress disorder (PTSD), which is

*Correspondence:
Franka Metzner
fmetzner@uke.de

¹ Department of Medical Psychology, University Medical Centre
Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

² Institute of Psychology, University of Münster, Münster, Germany

³ Educational Science with a focus on Special Education ("Emotional
and Social Development"), University of Siegen, Siegen, Germany



© The Author(s) 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

very prevalent in this population [4]. Yet, depression is similarly prevalent in refugees [5–7]. Literature reviews by Turrini et al. [4] and Lindert et al. [8] revealed that up to 44% of asylum seekers and refugees suffer from depression. Importantly, both pre-migration traumatic experiences as well as migration itself make migrants vulnerable to depression [9]. Depression is a severe mental condition, which may significantly impair both language acquisition and social participation, and as such hinder integration into the host society. In addition to the individual suffering of refugees, the host society also faces increased costs if depression remains untreated, for example due to extended payment of social benefits [10].

Despite the high prevalence of depression in refugees, existing research on the efficacy of psychological interventions for refugees has mainly focused on reducing PTSD symptoms [4, 11]. Meta-analyses on the treatment of PTSD suggest that psychological interventions, and trauma-focused interventions in particular, are effective in reducing PTSD in refugees [12–16]. Furthermore, a subset of these trials suggests that interventions aimed at reducing PTSD are also effective in reducing comorbid depressive symptoms [15, 17].

The only published meta-analysis that explicitly covered refugees suffering from a depressive disorder is from Kip et al. [15]. This systematic review of randomized controlled trials (RCTs) on the efficacy of psychological interventions for PTSD and depression in refugees did not identify any trial focusing on depression alone. Kip et al. [15] found information about the percentage of patients with major depression in only four out of a total of 14 included trials [18–21], yielding a mean rate of 88.98%. Buhmann et al. [19] investigated the efficacy of Cognitive Behavioural Therapy (CBT), whereas Adenauer et al. [18], Hensel-Dittmann et al. [20] and Stenmark et al. [21] examined the efficacy of Narrative Exposure Therapy.

Overall, a recent overview of systematic reviews on mental health among refugees [11] found no systematic review focusing mainly on refugees with a clinically relevant depression.

Against this background, we aimed at systematically exploring current psychological intervention studies for clinical depression in refugees. We focused on both controlled and uncontrolled studies conducted with patients who met criteria for a depressive disorder.

Materials and methods

Our methodological approach is based on the guidelines for the implementation and analysis of systematic reviews [22–25], which describe the research process and tools to summarize evidence relevant for decision-makers. This

study also followed the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 statement [26], including the recommended checklist for the publication of systematic reviews. The protocol for this review was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO; registration number: CRD42021251943) after piloting the study selection process and before formal screening of search results against eligibility criteria.

Inclusion and exclusion criteria

The inclusion and exclusion criteria were selected according to the Population, Intervention, Comparison, Outcome, and Study design (PICOS) format [24], see Table 1. The main structured research question describing the PICOS scheme was defined as “In adult refugees with depression (P), do psychological interventions (I), independent of a control group (C) improve depressive symptoms (O) in a pre-post study design (S)?”.

In accordance with the International Organization for Migration [27], we defined the key terms as follows: *Refugees* as individuals who fled their country of origin to escape persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion; *asylum-seekers* as those who left their country and are seeking refugee status in another country and awaiting a response to this claim; and *undocumented migrants* as individuals who migrated through irregular channels (i.e., movement outside of regulatory norms without the necessary authorization or documents required under immigration regulations) or who remained in a country without authorization or documents required under immigration regulations [27]. We applied the following inclusion criteria: (a) Being older than 17 years old and being a refugee or asylum seeker or undocumented migrant in a host country; (b) Meeting criteria for a diagnosis of depression as measured by an instrument based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [28] or International Classification of Diseases (ICD) [29]. Studies with participants with comorbid mental disorders were included; (c) Psychological interventions were applied to treat depression. We considered both face-to-face and online treatment modalities.

Information sources

A search of peer-reviewed primary literature was conducted in October 2024 in the scientific databases Medline, PsycINFO, and Web of Science. There was no restriction on the publication period, but publications needed to have an abstract in English or German.

Table 1 Inclusion and exclusion criteria based on PICOS scheme

Patient / Population	
IC 1.1	Adults (> = 18 years old)
IC 1.2	Any depressive disorder <u>at baseline</u> (depression must be one inclusion criterion or the number of participants with depression must be given as a percentage). Comorbid diagnoses are accepted. Depression has been measured with a measure of depression based on the ICD or DSM
IC 1.3	Refugees or asylum seekers or undocumented migrants (definition according to International Organization for Migration (IOM))
EC 1	Internally displaced persons, other migrants
Intervention	
IC 2.1	Psychological intervention such as • CBT: psychological therapies that use cognitive, behavioural or cognitive behavioural techniques • Behaviour therapies • Integrative therapies, like IPT • Psychodynamic therapy • Systemic therapy • Other psychological interventions, e.g. counselling, psychoeducation, training All treatment modalities were considered for inclusion, such as face-to-face or online
IC 2.2	The intervention focuses on depression
EC 2	Primary focus on PTSD or mainly trauma exposition
Comparator	
IC 3	Not relevant (a comparator does not have to be present)
Outcome	
IC 4	Primary outcome: improvement in the severity of symptoms of depressive episodes/disorders • recording of symptoms according to ICD or DSM
Publication	
IC 5	Original studies published as peer reviewed journal articles with abstract and title in German or English language; no language restrictions in full text
EC 5.1	Unpublished studies, book chapters, congress contributions, doctoral theses
EC 5.2	Same sample analysed in two or more publications
EC 5.3	Full text not available
EC 5.4	Relevant results not presented in the full text
Study design	
IC 6	Study design of an intervention study: • pre-post comparison sufficient; control group does not have to exist

PICOS Population Intervention Comparison Outcome and Study design (PICOS), CBT Cognitive behavioural therapy, IPT Inter personal therapy, PTSD Post-traumatic stress disorder, ICD International classification of diseases, DSM Diagnostic and statistical manual of mental disorders

Table 2 Terms used in systematic database literature search

Category	English language
A: Depression	depress* or MDD
B: Refugee	refugee* or asylum seeker* or evacuee* or displaced person* or displaced people
C: Intervention	treatment* or intervention* or therapy or psychotherapy or counselling* or trial* or training*

Search strategy

Before starting the search process, preliminary searches were carried out. The search string was tested in the database Medline to optimize our methodology and

focus. In addition, we searched the PROSPERO database for any ongoing systematic review on our topic, yet we found none. For our final search string see Table 2.

Screening and study selection

Citations identified from the systematic search were exported to the reference management tool Citavi 6. Duplicates were removed and two independent reviewers, Cornelia Uhr (CU) and Franka Metzner (FM) screened all titles and abstracts using the inclusion and exclusion criteria, labelling excluded references with the reason for exclusion [23]. Publications labelled as “excluded” by both authors were removed, while publications that received conflicting votes (ineligible vs. potentially or probably eligible) were discussed until

consensus was reached. The agreement rate was measured by determining the percentage of the sum of all matching “included” and “excluded” references, where the total number of all double screened references represented 100%. Interrater reliability was calculated for the studies using Cohen's Kappa.

Data extraction and synthesis

The selection of characteristics to be extracted from the included primary studies was discussed with the research team, CU and FM, and unanimous agreement was reached. After reviewing the full texts against the inclusion criteria, $k=20$ studies were included into the systematic review. Using a structured table for data synthesis, relevant information was coded for describing the studies included.

Assessment of methodological study quality and risk of bias

Two reviewer, CU and FM, independently rated the quality of the included trials by using the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) [30]. The MMAT was chosen because it is designed for mixed methods review and includes studies without a control condition. Out of five

possible study types assessable using the MMAT, only the categories “Quantitative randomized controlled trials” and “Quantitative non-randomized trials” were used for the current literature review. The quality criteria were each rated as “met”, “not met” or “not enough information available”, and methodological study quality was subsequently rated as “high”, “medium” or “low. For a rating of “high” methodological study quality all quality criteria had to be met. A study was rated as having “medium” methodological quality if 3–4 quality criteria were met. A rating of “low” methodological quality was given if 0–2 quality criteria were met. Conflicting assessments between reviewers were discussed until consensus was reached and/or an independent third reviewer was asked when there was no consensus.

Results

Study selection

The study selection process is shown in Figure 1. After removing duplicates ($k=1138$ hits), two independent researchers screened titles and abstracts of the remaining $k=1316$ hits (agreement rate: 0,92%, interrater reliability Cohen's Kappa = 0,43); $k=1225$ hits were excluded. The full texts of the remaining 89 publications were

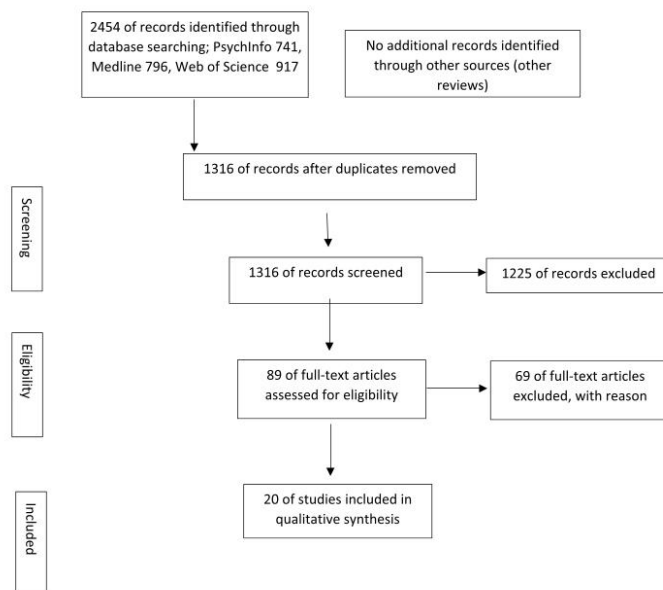


Fig. 1 PRISMA-Flow-Diagram for the presentation of study selection process following Moher et al. (2009)

Table 3 Overview of excluded studies with reason for exclusion (k = 69)

Citation	Reason for exclusion	Respective PICOS criteria
Acarturk, C.; Konuk, E.; Cetinkaya, M.; Senay, I.; Sijbrandij, M.; Gulen, B.; Cuijpers, P. (2016): The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. In: <i>Psychological Medicine</i> 46 (12), S. 2583–2593. https://doi.org/10.1017/S0033291716001070	Primary focus on PTSD	EC 2
Acarturk, Ceren; Konuk, Emre; Cetinkaya, Mustafa; Senay, Ibrahim; Sijbrandij, Marit; Cuijpers, Pim; Aker, Tamer (2015): EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. In: <i>Eur J Psychotraumatol</i> 6. https://doi.org/10.1037/t00742-000	Primary focus on PTSD or trauma exposition	EC 2
Ahmad, J., Okwuowulu, C., Sanusi, B., Bello, S. A., Talabi, F. O., Udengwu, N., & Gevers, V. C. (2022). Impact of social media-based dance therapy in treating depression symptoms among victims of Russia-Ukraine war. <i>Health Promotion International</i> , 37(6). https://doi.org/10.1093/heapro/daac172	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
Akhtar, A., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Bryant, R. A. (2021). A longitudinal study of mental health before and during the COVID-19 pandemic in Syrian refugees. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 12(1), 1,991,651. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1991651	No depressive disorder, wrong focus	IC 1.2, 2.2
Baird, Martha; Bimali, Milan; Cott, Ashley; Brimacombe, Michael; Ruhland-Petty, Therese; Daley, Christine (2017): Methodological challenges in conducting research with refugee women. In: <i>Issues Ment Health Nurs</i> 38 (4), S. 344–351. https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1291775	No depressive disorder	IC 1.2
Bastin, P.; Bastard, M.; Rossel, L.; Melgar, P.; Jones, A.; Antierens, A. (2013): Description and predictive factors of individual outcomes in a refugee camp based mental health intervention (Beirut, Lebanon). In: <i>PLoS ONE [Electronic Resource]</i> 8 (1), e54107. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054107	Internally displaced persons	EC 1
Blackwell, M. A., Yeater, E. A., Ahmad, S., & Selmo, P. (2022). Sustaining psychotherapist effectiveness and independence: An exploratory study with displaced persons in Kurdistan, Iraq. <i>Traumatology</i> . Advance online publication. https://doi.org/10.1037/trm0000417	No depressive disorder	IC 1.2
Boege, K., Karnouk, C [C.], Hoell, A [A.], Tschorn, M., Kamp-Becker, I [I.], Padberg, F [F.], Ubleis, A., Hasan, A [A.], Falkai, P [P.], Salize, H. J., Meyer-Lindenberg, A., Banaschewski, T [T.], Schneider, F., Habel, U [U.], Plener, P [P.], Hahn, E [E.], Wiechers, M [M.], Strupf, M [M.], Jobst, A., ... Bajbouj, M [M.] (2022). Effectiveness and cost-effectiveness for the treatment of depressive symptoms in refugees and asylum seekers: A multi-centred randomized controlled trial. <i>LANCET REGIONAL HEALTH-EUROPE</i> , 19. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100413	Age < 18 included	IC 1.1
Bryant, R. A., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H., Giardinelli, L., Whitney, C., Jordans, M. J. D., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Ventevogel, P., Dawson, K., Akhtar, A., & STRENGTHS Consortium (2022). Twelve-month follow-up of a randomised clinical trial of a brief group psychological intervention for common mental disorders in Syrian refugees in Jordan. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> , 31, e81. https://doi.org/10.1017/S2045796022000658	No depressive disorder	IC 1.2
Buhmann, C. B.; Nordentoft, M.; Ekstroem, M.; Carlsson, J.; Mortensen, E. L. (2018): Long-term treatment effect of trauma-affected refugees with flexible cognitive behavioural therapy and antidepressants. In: <i>Psychiatry Research</i> 264, S. 217–223. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.069	Primary focus on PTSD or trauma exposition	EC 2
Buhmann, C. B.C.; Nordentoft, M.; Ekstroem, M.; Carlsson, J.; Mortensen, E. L. (2016): The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees; pragmatic randomised controlled clinical trial. In: <i>British Journal of Psychiatry</i> 208 (3), 252–+. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150961	Primary focus on PTSD or trauma exposition	EC 2
Buhmann, C.; Mortensen, E. L.; Nordentoft, M.; Ryberg, J.; Ekstrom, M. (2015): Follow-up study of the treatment outcomes at a psychiatric trauma clinic for refugees. In: <i>Torture</i> 25 (1), S. 1–16. Online verfügbar unter https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med12&AN=26021344	Primary focus on PTSD or trauma exposition	EC 2

Table 3 (continued)

Citation	Reason for exclusion	Respective PICOS criteria
Carlsson, Jessica Mariana; Mortensen, Erik Lykke; Kastrup, Marianne (2005): A Follow-Up Study of Mental Health and Health-Related Quality of Life in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. In: <i>J Nerv Ment Dis</i> 193 (10), S. 651–657. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180739.79884.10	No depressive disorder	IC 1.2
Carlsson, Jessica Mariana; Olsen, Dorte Reff; Kastrup, Marianne; Mortensen, Erik Lykke (2010): Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. In: <i>J Nerv Ment Dis</i> 198 (11), S. 824–828. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f97be3	No depressive disorder	IC 1.2
Carlsson, Jessica Mariana; Olsen, Dorte Reff; Mortensen, Erik Lykke; Kastrup, Marianne (2006): Mental Health and Health-Related Quality of Life: A 10-Year Follow-Up of Tortured Refugees. In: <i>J Nerv Ment Dis</i> 194 (10), S. 725–731. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243079.52138.b7	Not an intervention study	IC 6
Corna, F.; Tolail, F.; Chowdhury, M. R.R.; Bizouerne, C. (2019): Supporting maternal mental health of Rohingya refugee women during the perinatal period to promote child health and wellbeing: a field study in Cox's Bazar. In: <i>INTERVENTION-INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH PSYCHOSOCIAL WORK AND COUNSELLING IN AREAS OF ARMED CONFLICT</i> 17 (2), S. 160–168. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_28_19	Age < 18 and Depression diagnosis not met	IC 1.1; 1.2
Danner, C. C.; Robinson, B. B.E.; Striepe, M. I.; Rhodes, P. F.Y. (2007): Running from the demon: Culturally specific group therapy for depressed Hmong women in a family medicine residency clinic. In: <i>WOMEN & THERAPY</i> 30 (1–2), S. 151–176. https://doi.org/10.1300/J015v30n01_07	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
Davies, J.; McKenna, M.; Bayley, J.; Denner, K.; Young, H. (2020): Using engagement in sustainable construction to improve mental health and social connection in disadvantaged and hard to reach groups: a new green care approach. In: <i>Journal of Mental Health</i> 29 (3), S. 350–357. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714001	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
de Am Graaff, Cuijpers, P.; McDavid, D.; Park, A.; Woodward, A.; Bryant, R. A. et al. (2020): Peer-provided Problem Management Plus (PM plus) for adult Syrian refugees: a pilot randomised controlled trial on effectiveness and cost-effectiveness. In: <i>EPIDEMIOLOGY AND PSYCHIATRIC SCIENCES</i> 29. https://doi.org/10.1017/S2045796020000724	No depressive disorder	IC 1.2
Dix-Peek, D.; Werbeloff, M. (2018): Evaluation of the efficacy of a South African psychosocial model for the rehabilitation of torture survivors. In: <i>Torture</i> 28 (1), S. 34–57. Online verfügbar unter https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med15&AN=30047490	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
Dzubur-Kulenovic, A.; Weine, S. M.; Pavkovic, I. (2001): [Psychotherapeutic testimony by refugees from Bosnia-Herzegovina: a pilot study]. [Croatian]. In: <i>Medicinski Arhiv</i> 55 (1 Suppl 1), S. 47–51. Online verfügbar unter https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=11795194	Primary focus on PTSD or trauma exposition	EC 2
ElBarazi, A. S.; Tikamdas, R.; Ahmed, S., & Ramadan, S. (2022). Cognitive Processing Therapy for the Treatment of PTSD, Depression and Anxiety in Syrian Refugees in Egypt. <i>INTERVENTION-INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH PSYCHOSOCIAL WORK AND COUNSELLING IN AREAS OF ARMED CONFLICT</i> , 20(2), 179–187. https://doi.org/10.4103/intv.intv_33_21	No depressive disorder	IC 1.2
ElBarazi, A. (2023). Cognitive Processing Therapy for the Treatment of PTSD, Depression, Anxiety Symptoms and Difficulties in Emotion Regulation in Syrian Refugee Women Exposed to Intimate Partner Violence. <i>Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas</i> , 21(2). https://journals.lww.com/invn/fulltext/2023/2/1020/cognitive_processing_therapy_for_the_treatment_of_3.aspx	No depressive disorder	IC 1.2
Fox, P. G.; Cowell, J. M.; Montgomery, A. C.; Willgerodt, M. A. (1998): Southeast Asian refugee women and depression: a nursing intervention. In: <i>International Journal of Psychiatric Nursing Research</i> 4 (1), S. 423–432. Online verfügbar unter https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=10474398	Full-text not available	EC 5.3
Fox, Raymond (1984): The Indochinese: Strategies for health survival. In: <i>Int J Soc Psychiatry</i> 30 (4), S. 285–291. https://doi.org/10.1177/002076408403000405	No intervention study	IC 6

Table 3 (continued)

Citation	Reason for exclusion	Respective PICOS criteria
Goodkind, Jessica R.; Bybee, Deborah; Hess, Julia Meredith; Amer, Suha; Ndayisenga, Martin; Greene, R. Neil et al. (2020): Randomized controlled trial of a multilevel intervention to address social determinants of refugee mental health. In: <i>Am J Community Psychol</i> 65 (3–4), S. 272–289. https://doi.org/10.1002/ajcp.12418	No depressive disorder	IC 1.2
Graaff, Anne M. de; Cuijpers, Pim; Acarturk, Ceren; Bryant, Richard; Burchert, Sebastian; Fuhr, Daniela C. et al. (2020): Effectiveness of a peer-refugee delivered psychological intervention to reduce psychological distress among adult Syrian refugees in the Netherlands: Study protocol. In: <i>Eur J Psychotraumatol</i> 11 (1). https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694347	Study Protocol	IC 5
Greene, M. C., Muro, M., Kane, J. C., Young, E., Paniagua-Avila, A., Miller-Suchet, L., Verdell, H. (2024). Task Sharing and Remote Delivery of Brief Interpersonal Counseling for Venezuelan Migrants and Refugees Living in Peru during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Pilot Study. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 21(2). https://doi.org/10.3390/ijerp21020166	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
Haddad Kreidie, L., Sakhi, S., Wardani, F., AlSabah, I., & Anbar, K. The Impact of Dramatherapy on the Mental Health of Socioeconomically Disadvantaged and Refugee Women in Lebanon. <i>Journal of Social Service Research</i> , 1–17. https://doi.org/10.1080/01488376.2024.2349236	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
Heim, E.; Ramia, J. A.; Hana, R. A.; Burchert, S.; Carswell, I.; Cornelisz, I. et al. (2021): Step-by-step: Feasibility randomised controlled trial of a mobile-based intervention for depression among populations affected by adversity in Lebanon. In: <i>INTERNET INTERVENTIONS-THE APPLICATION OF INFORMATION TECHNOLOGY IN MENTAL AND BEHAVIOURAL HEALTH</i> 24. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100380	Not only refugees and asylum seekers	IC 1.3
Husby, Simon Ruben; Carlsson, Jessica; Mathilde Scotte Jensen, Anna; Glahder Lindberg, Laura; Sonne, Charlotte (2020): Prevention of trauma-related mental health problems among refugees: A mixed-methods evaluation of the mind-spring group programme in denmark. In: <i>J Community Psychol</i> 48 (3), S. 1028–1039. https://doi.org/10.1002/jcop.22323	No depressive disorder	IC 1.2
Jeon, S.; Lee, J.; Jun, J. Y.; Park, Y. S.; Cho, J.; Choi, J. et al. (2020): The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Depressive Symptoms in North Korean Refugees. In: <i>PSYCHIATRY INVESTIGATION</i> 17 (7), S. 681–687. https://doi.org/10.30773/pi.2019.0134	No depressive disorder	IC 1.2
Kalra, N., Habumugisha, L., & Shankar, A. (2024). Impacts of an abbreviated personal agency training with refugee women and their male partners on economic empowerment, gender-based violence, and mental health: A randomized controlled trial in Rwanda. <i>BMC Public Health</i> , 24(1), 1306. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18780-8	No depressive disorder	IC 1.2
Khoury, B., & Daouk, S. (2022). Problem-solving skills groups for female Syrian refugees in Lebanon: a study of a mental health intervention. <i>JOURNAL OF REFUGEE STUDIES</i> , 35(1), 662–674. https://doi.org/10.1093/jrs/feab099	Internally displaced persons and others included	EC 1
Lee, M.-S., Seo, Y. E., Mok, Y. E., & Lee, S. H. (2021). Heart Rate Variability after Treatment for Depression in North Korean Defectors. <i>Applied Psychophysiology and Biofeedback</i> , 46(1), 11–18. https://doi.org/10.1007/s10484-020-09491-y	No psychological intervention	IC 2.1
Lehnung, Maria; Shapiro, Elan; Schreiber, Melanie; Hofmann, Arne (2017): Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol with refugees: A field study. In: <i>JOURNAL OF EMDR PRACTICE AND RESEARCH</i> 11 (3), S. 129–138. https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.3.129	No depressive disorder	IC 1.2
Lindegaard, T., Seaton, F., Halaj, A., Berg, M., Kashoush, F., Barchini, R., Ludvigsson, M., Sarkohi, A., & Andersson, G. (2021). Internet-based cognitive behavioural therapy for depression and anxiety among Arabic-speaking individuals in Sweden: a pilot randomized controlled trial. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> , 50(1), 47–66. https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1771414	Other migrants included	EC1

Table 3 (continued)

Citation	Reason for exclusion	Respective PICOS criteria
Maleku, A., Subedi, B., Kim, Y. K., Haran, H., & Pyakurel, S. (2024). Toward healing-centered engagement to address mental well-being among young Bhutanese-Nepali refugee women in the United States: Findings from the cultural leadership project. <i>Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice</i> , 33(3), 167–185. https://doi.org/10.1080/15313204.2022.2161684	Age < 18	IC 1.1
Mateos-Fernandez, R., & Saavedra, J. (2022). Designing and assessing of an art-based intervention for undocumented migrants. <i>Arts & Health</i> , 14(2), 119–132. https://doi.org/10.1080/17533015.2020.1866623	No depressive disorder	IC 1.2
Medrano, S. G.; Panhofer, H. (2019): Contributions of Dance Movement Therapy's on the improvement of life and health of migrants. C. In: REVISTA INCLUSIONES 6, S. 97–116	No depressive disorder	IC 1.3
Meffert, Susan M.; Abdo, Akram Osman; Alla, Omayma Ahmed Abd; Elmakki, Yasir Omer Mustafa; Omer, Afrah Abdelrahim; Yousif, Sahar et al. (2014): A pilot randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy for Sudanese refugees in Cairo, Egypt. In: <i>Psychol Trauma</i> 6 (3), S. 240–249. https://doi.org/10.1037/a0023540	No depressive disorder	IC 1.2
Mitschke, Diane B.; Aguirre, Regina T. P.; Sharma, Bonita (2013): Common threads: Improving the mental health of Bhutanese refugee women through shared learning. In: <i>Soc Work Ment Health</i> 11 (3), S. 249–266. https://doi.org/10.1080/15332985.2013.769926	No psychological intervention	IC 2.1
Mollica, Richard F.; Wyshak, Grace; Lavelle, James; Truong, Toan; Tor, Svang; Yang, Ten (1990): Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture. In: <i>Am J Psychiatry</i> 147 (1), S. 83–88. https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.83	No depressive disorder	IC 1.2
Nordbrandt, M. S., Vindbjerg, E., Mortensen, E. L. [Erik Lykke], & Carlsson, J. [Jesica] (2022). Chronicity of posttraumatic stress disorder and comorbid pain as predictors of treatment response for trauma-affected refugees. <i>Journal of Traumatic Stress</i> , 35(5), 1393–1404. https://doi.org/10.1002/jts.22839	Age < 18	IC 1.1
Opaas, M., Wentzel-Larsen, T., & Varvin, S. (2022). Predictors of the 10 year course of mental health and quality of life for trauma-affected refugees after psychological treatment. <i>EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY</i> , 13(1). https://doi.org/10.1080/2008198.2022.2068910	No depressive disorder	IC 1.2
Orang, M., Missmahl, I., Gardisi, M., & Kluge, U. Internet-Delivered Value Based Counseling (VBC) Aimed at the Reduction of Post-Migration Psychosocial Stress-A Pilot Study. <i>JOURNAL of TECHNOLOGY in HUMAN SERVICES</i> . Advance online publication. https://doi.org/10.1080/15228835.2022.2156973	Other migrants and residents included	EC 1
Orang, T. M., Missmahl, I., am Thoele, Valensise, L., Brenner, A., Gardisi, M., Peter, H., & Kluge, U. (2022). New directions in the mental health care of migrants, including refugees-A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling. <i>CLINICAL PSYCHOLOGY & PSYCHOTHERAPY</i> , 29(4), 1433–1446. https://doi.org/10.1002/cpp.2728	Migrants included	EC 1
Poudel-Tandukar, K., Jacelon, C. S., Poudel, K. C., Bertone-Johnson, E. R., Rai, S., Ramdam, P., & Hollon, S. D. (2022). Mental health promotion among resettled Bhutanese adults in Massachusetts: Results of a peer-led family-centred Social and Emotional Well-being (SEW) intervention study. <i>HEALTH & SOCIAL CARE in the COMMUNITY</i> , 30(5), 1869–1880. https://doi.org/10.1111/hsc.13566	Depression not focus of the intervention	IC 2.2
Poudel-Tandukar, K., Jacelon, C. S., Rai, S., Ramdam, P., Bertone-Johnson, E. R., & Hollon, S. D. (2021). Social and Emotional Wellbeing (SEW) Intervention for Mental Health Promotion Among Resettled Bhutanese Adults in Massachusetts. <i>COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL</i> , 57(7), 1318–1327. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00754-w	Depression is not focus of the intervention	IC 2.2
Rafia, J., Schwartz, K., Yoshikawa, H., Hilgendorf, D., Ramachandran, A., Khanji, M., ..., Wuermli, A. (2024). Cluster randomized controlled trial of a phone-based caregiver support and parenting program for Syrian and Jordanian families with young children. <i>Early Childhood Research Quarterly</i> , 69, 141–153. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2024.07.004	No depressive disorder	IC 1.2
Raghavan, Sumithra; Rasmussen, Andrew; Rosenfeld, Barry; Keller, Allen S. (2013): Correlates of symptom reduction in treatment-seeking survivors of torture. In: <i>Psychol Trauma</i> 5 (4), S. 377–383. https://doi.org/10.1037/a0028118	No depressive disorder	IC 1.2

Table 3 (continued)

Citation	Reason for exclusion	Respective PICOS criteria
Rawlinson, R.; Aslam, R. W.; Burnside, G.; Chiumento, A.; Eriksson-Lee, M.; Humphreys, A. et al. (2020): Lay-therapist-delivered, low-intensity, psychosocial intervention for refugees and asylum seekers (PROSPER): protocol for a pilot randomised controlled trial. In: TRIALS 21 (1), https://doi.org/10.1186/s13063-020-04310-5	Study Protocol	IC 5
Renner, Walter; Bänninger-Huber, Eva; Peltzer, Karl (2011): Culture-Sensitive and Resource Oriented Peer (CROP)-Groups as a community based intervention for trauma survivors: A randomized controlled pilot study with refugees and asylum seekers from Chechnya. In: Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies 2011 (1), S. 1–13. https://doi.org/10.1037/t07469-000	No depressive disorder	IC 1.2
Robertson, Cheryl L.; Halcon, Linda; Hoffman, Sarah J.; Osman, Nadifa; Mohamed, Amin; Areba, Eunice et al. (2019): Health realization community coping intervention for Somali refugee women. In: J Immigr Minor Health 21 (5), S. 1077–1084. https://doi.org/10.1007/s10903-018-0804-8	No depressive disorder	IC 1.2
Sandahl, H., Carlsson, J [J], Sonne, C [C], Mortensen, E. L [E. L.], Jennum, P., & Baandrup, L. (2021). Investigating the link between subjective sleep quality, symptoms of PTSD, and level of functioning in a sample of trauma-affected refugees. SLEEP, 44(9). https://doi.org/10.1093/sleep/zsab063	No depressive disorder neither focus, Predictor analysis	IC 1.2, 2.2, 6
Sardana, S. Coping with depression: A dynamic networks approach to the study of social network constellation, cohesion and conflict (2-B) [ProQuest Information & Learning]. RIS. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2023-01886-271&lang=de&site=ehost-live	No original study	EC 5.1
Slewa-Younan, Shameran; McKenzie, Molly; Thomson, Russell; Smith, Mitchell; Mohammad, Yaser; Mond, Jonathan (2020): Improving the mental wellbeing of Arabic speaking refugees: An evaluation of a mental health promotion program. In: BMC Psychiatry 20. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02732-8	No depressive disorder	IC 1.2
Small, Eusebius; Kim, Youn Kyoung; Praetorius, Regina T.; Mitschke, Diane B. (2016): Mental health treatment for resettled refugees: A comparison of three approaches. In: Soc Work Ment Health 14 (4), S. 342–359. https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1080205	No depressive disorder	IC 1.2
Sonne, C [Charlotte], Mortensen, E. L [Erik Lykke], Silove, D [Derrick], Palic, S., & Carlsson, J [Jessica] (2021). Predictors of treatment outcomes for trauma-affected refugees—results from two randomised trials. Journal of Affective Disorders, 282, 194–202. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.095	Predictor analysis	IC 6
Strupf, M [Michael], Wiechers, M [Maren], Bajbouj, M [Malek], Böge, K., Karnouk, C [Carine], Goerigk, S., Kamp-Becker, I [Inge], Banaschewski, T [Tobias], Rapp, M [Michael], Hasan, A [Alkomiet], Falkai, P [Peter], Jobst-Heel, A., Habel, U [Ute], Stamm, T., Heinz, A [Andreas], Hoell, A [Andreas], Burger, M., Bunse, T., Hoehne, E [Edgar],... Padberg, F [Frank] (2023). Predicting treatment outcomes of the empowerment group intervention for refugees with affective disorders: Findings from the MEHIRA project. Journal of Affective Disorders, 323, 241–250. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.050		
Tay, A. K., Mohsin, M., Foo, C. Y., Rees, S., & Silove, D [D.]. Long-term efficacy of brief psychological treatments for common mental disorders in Myanmar refugees in Malaysia: 12-month follow-up of a randomized, active-controlled trial of integrative adapt therapy v. cognitive behavioral therapy. PSYCHOLOGICAL MEDICINE. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S0033291722003245	Same sample	EC 5.2
Tol, W. A.; Augustinavicius, J.; Carswell, K.; Brown, F. L.; Adaku, A.; Leku et al. (2018): Translation, adaptation, and pilot of a guided self-help intervention to reduce psychological distress in South Sudanese refugees in Uganda. In: GLOBAL MENTAL HEALTH 5. https://doi.org/10.1017/gmh.2018.14	No depressive disorder	IC 1.2
Tol, W. A.; Leku; Lakin, D. P.; Carswell, K.; Augustinavicius, J.; Adaku, A. et al. (2020): Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. In: LANCET GLOBAL HEALTH 8 (2), E254–E263	No depressive disorder	IC 1.2

Table 3 (continued)

Citation	Reason for exclusion	Respective PICOS criteria
Tran, Sophia N.: Short term, time limited cognitive behavioral therapy of major depression with Vietnamese refugee women: An analysis of three cases. Pro-Quest Information & Learning. Online verfügbar unter https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2006-99002-123&lang=de&site=ehost-live	Case Study	IC 6
Uldall, S. W., Poulsen, D. V., Christensen, S. I., Wilson, L., & Carlsson, J. J. (2022). Mixing Job Training with Nature-Based Therapy Shows Promise for Increasing Labor Market Affiliation among Newly Arrived Refugees: Results from a Danish Case Series Study. <i>INTERNATIONAL JOURNAL of ENVIRONMENTAL RESEARCH and PUBLIC HEALTH</i> , 19(8). https://doi.org/10.3390/ijerph19084850	No full text available	EC 5.3
van Es, C. M., Boelen, P. A., Zwaanswijk, M., Te Brake, H., & Mooren, T. (2021). Family Empowerment (FAME): A feasibility trial of preventive multifamily groups for asylum seeker families in the Netherlands. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> , 47(4), 864–881. https://doi.org/10.1111/jmft.12539	Age < 18 and depression not focus	IC 1.1, 2.2
Weine, Stevan M.; Kulenovic, Alma Dzubur; Pavkovic, Ivan; Gibbons, Robert (1998): Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: A pilot study. In: <i>Am J Psychiatry</i> 155 (12), S. 1720–1726. https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1720	No depressive disorder	IC 1.2
Weinstein, Netta; Khabbaz, Farah; Legate, Nicole (2016): Enhancing need satisfaction to reduce psychological distress in Syrian refugees. In: <i>J Consult Clin Psychol</i> 84 (7), S. 645–650. https://doi.org/10.1037/ccp0000095	No depressive disorder	IC 1.2
Westermeyer, Joseph (1988): A matched pairs study of depression among Hmong refugees with particular reference to predisposing factors and treatment outcome. In: <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> 23 (1), S. 64–71. https://doi.org/10.1007/BF01788445	< 18 years	IC 1.1

screened by two independent researchers to assess eligibility (agreement rate: 0,76%, interrater reliability Cohen's Kappa = 0,5), 69 studies were excluded after full text screening (see Table 3). Consensus was always possible during the screening of title and abstract or full-text screening, so it was not necessary to ask independent third reviewers for their vote. All available abstracts were in English and no publication had to be excluded due to the language criterion.

Populations investigated and background of investigators

Twenty studies fulfilled the inclusion criteria. Apart from Mateos-Fernández et al. [31], which treated patients from the Sub Sahara region (Africa) and Poudel-Tandoukar et al. [32] investigating a Ukrainian refugee population (Europe), the patients in the remaining trials were all from Asia: five studies with refugees from Burma (Myanmar), four studies with refugees from Afghanistan/Iran, four with refugees from Syria, one mixed with Afghanistan/Iran and Syria, one study each with refugees from Sri Lanka, Cambodia and Bhutan. Seventeen interventions were culturally adaptations of an already existing therapy program or especially developed for refugees [32–39], the rest of the publications did not provide enough information in this regard. Apart from two first authors, the Indian author Vijayakumar and the Turkish

author Acarturk, all first authors were from high income countries (6 from the USA, 5 from Germany, 2 from Netherlands, 4 from Australian, 1 from Spain). The host countries of the refugees were mainly high-income countries, in particular the USA and Europe (k=10 studies). Three studies were conducted in Middle Income Countries [34, 40, 41] and two [33, 36] in low income countries (see Tables 4 and 5).

Only five trials had 100% of participants with clinical depression [36, 39, 42–44]. Northwood et al. [43], Wiechers et al. [39] and Cuijpers et al. [36] were quantitative parallel group-randomized trial studies, the others limited through a pre-post design not involving a control group. In ten studies, depression was a necessary inclusion criterion, but in six of these studies, depression was only one inclusion criterion alongside other mental disorders like PTSD [33, 34, 36, 40, 43–46]. Six studies used a diagnostic interview to identify depression [42, 43, 45, 47, 48], while others applied a cut-off score of a self-report measure to identify patients with potential clinical depression. Kinzie et al. [42] was the only study relying on a diagnosis by a health professional conducting a diagnostic interview based on DSM IV. For more details about the specificity of each intervention's focus on depression, see Table 6.

Table 4 Psychological interventions of the studies included (k = 20)

First author (year) [country of first author]	Name of treatment	Number of sessions/ Dose	Countries/ regions of origin or ethnicity (host country)	Interpreter used/ culturally tailored intervention	Therapists	Cultural adaptation process
Quantitative randomized controlled trials Acarturk (2024) [Turkey] [38]	Group problem Management plus (gPM+)	5, weekly	Syrian (Turkey)	no/yes	(non-specialist) facilitators	Adaption on language, metaphors and contextual factors: rapid qualitative assessments (free listing interviews, key inform- ant interviews and focus group discussions) were conducted to understand important cultural and lin- guistic elements about Syr- ian culture. Adaptation recommendations based on rapid qualitative assess- ment were presented to key stakeholders including local and international healthcare providers, academics and policymakers
Bolton (2014) [USA] [40]	Common Elements Treat- ment Approach (CETA)	average of 9.7 weekly	Myanmar, Others (Thailand)	no/yes	Lay workers (refugees)	A research and program development model, DIME (Design, Implementation, Monitoring and Evalua- tion) was used to select and adapt the psycho- social assessment tools and therapeutic treatments. Successful adaptations were: (1) fewer items, (2) simplified language, (3) brief step-by-step instructions for each item (4) complex concepts of cognitive cop- ing simplified (5) training of laypersons
Cuijpers (2022) [Nether- lands] [36]	Step-by-Step	5 digital sessions (one session per week, 20 min), so all in all 5–8 weeks	Syrian (Lebanon)	no/yes	Coordinator and non- specialists (e-helpers) with background in psy- chology or health	The adaptation process is not described. Outlined result of the adaptation: Participants can choose the appearance of the char- acter, broadly reflecting the main cultural groups in Lebanon (Lebanese, Syr- ians, and Palestinians)

Table 4 (continued)

First author (year) [country of first author]	Name of treatment	Number of sessions/ Dose	Countries/ regions of origin or ethnicity (host country)	Interpreter used/ culturally tailored intervention	Therapists	Cultural adaptation process
De Graaf (2023) [Netherlands] [35]	Problem Management Plus (PM+)	5 in person or video, weekly (90 min)	Syrian (Netherlands)	no/yes	Lay workers (Syrian refugees)	Described process of adap- tation: (1) literature review, (2) stakeholder engage- ment, (3) rapid qualitative assessments, (4) literal translation, (5) cognitive interviews, (6) adaptation workshops, (7) finalization of manuals
Kananian (2020) [Ger- many] [46]	Culturally adapted CBT plus problem solving (CA-CBT+)	12 in 6 weeks	Afghan/Iranian (Germany)	no/yes	Health professionals (Farsi- speaking)	NA
Northwood (2020) [USA] [43]	Intensive psychotherapy and case management (PCM)	average 41.3 psychother- apy sessions and 38.3 case management sessions; 1 year treatment weekly or bi-weekly;	Karen refugees from Myanmar(USA)	yes, if needed/yes	Health professionals (Psy- chotherapists and social workers)	NA
Tay (2020) [Australia] [34]	Integrative Adapt Therapy (IAT)	6, weekly (45 min)	Myanmar (Malaysia)	no/yes	Lay counsellors under supervision	After translation, an iterative qualitative research process refined translation accuracy and cultural relevance. Feedback was gathered from focus groups and key informants from three ethnic groups. Culturally relevant metaphors and idi- oms were incorporated to enhance understanding

Table 4 (continued)

First author (year) [country of first author]	Name of treatment	Number of sessions/ Dose	Countries/ regions of origin or ethnicity (host country)	Interpreter used/ culturally tailored intervention	Therapists	Cultural adaptation process
Weichers (2023) [Germany] [39]	Empowerment group intervention (Empowerment)	2/week in the first 4 weeks; 1/week in the last 8 weeks (90 min)	Syrian/Iraq (Germany)	yes/yes	Health professionals (Psychologists)	The adaptation process was not described. Outlined results of the adjustments: Teaching of opportunities for behavioral activation and sleep hygiene in mass shelters; Inclusion of religion and cultural values; such as family cohesion; culturally sensitive group compositions for participants; utilization of linguistic and cultural mediators to enhance engagement and effectiveness
Vijayakumar (2017) [India] [41]	Contact and Safety Planning (CASP)	biweekly for 6 months	Sri Lankan (India)	no/NA	Lay counsellors (community volunteers/refugees)	NA
Berkson (2014) [USA] [49]	Cambodian Health Promotion Program (CHPP)	5	Cambodian (USA)	yes/yes	Health professional and a bicultural health educator	The adaptation process was not described. Outlined results of the adjustments: co-facilitate sessions with an American psychologist and a Cambodian health worker. The curriculum is kept simple, using resources in Khmer to suit the language level of the participants
Brakemeier (2017) [Germany] [45]	Interpersonal Integrative Therapy for refugees (IITF)	10 psychotherapy (each 100 min); 4 social worker talk (each 50 min); 1 occupational therapy week (optional); 3 psychiatric treatments (optional)	Syrian/Iraq (Germany)	yes/yes	Health professionals: Psychological and medical psychotherapists (in training), social workers, occupational therapists	NA

Table 4 (continued)

First author (year) [country of first author]	Name of treatment	Number of sessions/ Dose	Countries/ regions of origin or ethnicity (host country)	Interpreter used/ culturally tailored intervention	Therapists	Cultural adaptation process
Kananian (2017) [Germany] [47]	Culturally Adapted CBT (CA-CBT)	12, weekly (each 90 min)	Afghan/Iranian (Germany)	no/yes	Health professionals (Farsi-speaking)	Conducting a one-hour open-ended interview to collect the patients' individual perspectives on their mental health problems. Discussion of the results in the working group (no systematic evaluation with qualitative methods) as well as general aspects of the culture of Farsi-speaking refugees, which were to be incorporated into the manual. The adaptations of the manual to the Afghan culture included four dimensions: (1) perception and assessment of symptoms, (2) explanation of causes, (3) application of local therapeutic practices and concepts. Also including examples and metaphors from the Afghan culture and the number of sessions was reduced to 12
Kinzie (2012) [USA] [42]	Torture Treatment Program	average 14; 1-year treatment	Iranian, Afghan, Ethiopian, Somali (USA)	yes/NA	Health professionals (Psychiatrists, Counsellors)	NA
Mateos-Fernandez (2020) [Spain] [31]	Art-based intervention (ABI)	6 in two months	Sub-Saharan-African (Spain)	yes/yes	Health professionals	The adaptation process was not fully described. The second author supervised the intervention's development, focusing on reducing linguistic and cultural barriers. Activities were designed to be simple to minimize potential barriers. Original music and songs from participants' native countries were used as content to help bridge cultural gaps

Table 4 (continued)

First author (year) [country of first author]	Name of treatment	Number of sessions/ Dose	Countries/ regions of origin or ethnicity (host country)	Interpreter used/ culturally tailored intervention	Therapists	Cultural adaptation process
Pishyar(2012) [Australia] [44]	De-reflection interven- tion/ Logo therapy	12, weekly	Afghani (Australia)	NA	Health professionals (Psychologists)	NA
Poudel-Tandukar (2021) [USA] [53]	Social and Emotional Wellbeing (SEW)	5, once weekly	Bhutanese (USA)	NA/yes	Health professionals	A series of community meetings. Workshops were conducted using a six-step intervention mapping tool which included: (1) analyzing problems, (2) setting priorities, (3) setting objectives, (4) developing program components, (5) identifying evidence-based programs (6) developing a program implementation and evaluation plan
Poudel-Tandukar (2024) [USA] [32]	Social and Emotional Wellbeing (SEW)	5, weekly	Ukrainian (USA)	yes/yes	Health professionals	The intervention session was developed in col- laboration with community partners, holistic nurses, and psychological experts. Community members were involved in the design process, from conception to implementation to evalu- ation
Stammel (2017) [Germany] [48]	Multidisciplinary treat- ment for traumatized refugees in a naturalistic setting	once or twice a week, average of 14 months	14 different countries/ regions (Germany)	yes/yes	Health professionals (psy- chotherapists (behavioral, psychodynamic, systemic), social workers, psychia- trists)	NA
Tay (2021) [Australia] [33]	Group Integrative Adapt Therapy (IAT-G)	7 sessions group-interven- tion weekly (90 min)	Rohingyan (Bangladesh)	no/yes	Lay counsellors (IAT trainees who were already providing services in Cox's Bazar)	NA
Van Wyk (2012) [Australia] [50]	Standard intervention pro- vided by a resettlement organisation	average of 11 service contacts (4 assessment sessions, 6–7 therapy ses- sions; range 0–33) over 7 months	Myanmar (Australia)	yes/yes	Health professionals (n=4 psychologists, n=1 social worker, n=1 counsellor)	NA

Table 5 Study design data in the studies included (k = 20)

First author (year)	Study design [control / comparison]	Age, mean (SD), range (in years)	Sample size: in pre-post analyses (% female, pre)	Dropout (%)	Allowed Medication	Allowed parallel Psychotherapy or TAU	Funding
Quantitative randomized controlled trials							
Acarturk (2024) [38]	RCT [CAU]	37.15 (11.21), 18+	368 (69.6), 143 subgroup probably depressed	10%	NA	NA	Horizon 2020 Framework Programme for Research and Innovation
Bolton (2014) [40]	RCT [waitlist]	36.5 (12.6), 18–85	347 (63)	21%	NA	No	US Agency for International Development (USAID) Victims of Torture Fund
Cuijpers (2022) [36]	RCT (randomized clinical trial) [enhanced care as usual (ECAU)]	31.5 (8.7), NA IG: 31.4 (8.5) / CG: 31.6 (8.9)	569 (58.3)	46.2% post; 52.7% follow up	NA	NA	Research for Health in Humanitarian Crisis (R2HC, managed by Erha)
De Graaff (2023) [35]	RCT [CAU]	36.52 (11.72), 18–69 IG: 36.35 (11.97), 18–69 / CG: 36.69 (11.52), 19–67	Pre: 206 (38.3%) Post: 178	Assessed: 236 Randomized: 206 Post: 178 Follow-up: 148 Randomized/Post: 13.59%	Yes	Yes, but no treatment in specialized mental health care in treatment group	European Union's Horizon 2020 research and Innovation Programme Societal Challenges under grant agreement
Kananian (2020) [46]	RCT [waitlist]	22.1 (3.6), 18–29	24 (-)	4%	No	Yes	Sponsors of the Johann Wolfgang Goethe University; Foundation Polytectnic Society Frankfurt am Main
Northwood (2020) [43]	GRT [care as usual from primary care provider]	42.8 (3.3), NA	222 (80)	10%	Yes	No	Diverse foundations and the State of Minnesota
Tay (2020) [34]	RCT [Cognitive Behavioral Therapy (CBT)]	30.8 (9.6), 18–70	322 (28.1)	3%	NA	No	National Health and Medical Research Council Australia
Weichers (2023) [39]	RCT [Empowerment intervention/TAU]	ITT Intervention: 32.62 (9.08); ITT TAU: 31.64 (9.84); PP Intervention: 31.87 (8.98); PP TAU: 32.57 (10.80); 18–65	149 (Intervention 43.2; TAU 32.4)	47%	NA	Yes	Innovationsfond and the German Ministry of Health
Vijayakumar (2017) [41]	GRT [Control Camp]	IG: 41.6 (15.0) / CG: 39.1 (15.1)	suicidality: 1755 (61%); intervention: 56% Control; depression: 139 (58)	suicidality: NA; depression: NA (52%); persons did not receive intervention after recommendation)	No	Yes	ADRA and Sneha

Table 5 (continued)

First author (year)	Study design [control / comparison]	Age, mean (SD), range (in years)	Sample size: in pre-post analyses (% female, pre)	Dropout (%)	Allowed Medication	Allowed parallel Psychotherapy or TAU	Funding
Quantitative non-randomized trials							
Berkson (2014) [49]	Pre-post [none], Pilot study	NA (< 51; 22%, 51–60; 46%, > 60; 31%)	126 (64)	–	NA	NA	Dr. Albert S. Kuperman and the Albert Einstein College of medicine supported fellowship; Federal Ministry of Labor and Social Affairs (BMAS)
Brakemeier (2017) [45]	Pre-post [none]	34.1 (11.3) (18–60)	27 (24,3)	24%	Yes	No	Sponsors of the Johann Wolfgang Goethe University; Foundation Politechnic Society Frankfurt am Main
Kananian (2017) [47]	Pre-post [none], Pilot study	25.6 (9.0), NA	7 (0)	22%	NA	No	–
Kinzie (2012) [42]	Pre-post [none]	48.0 (NA), 19–76	22 (59)	17%	Yes	No	Spanish Government
Mateos-Fernandez (2020) [31]	Pre-post [none], Pilot study	21.9 (NA), 18–24	11 (0)	–	NA	NA	NA
Pishyar (2012) [44]	Pre-post [none]	38.5 (7.3), NA	16 (63)	–	No	NA	University of Massachusetts
Poudel-Tandukar (2021) [53]	Pre-post [none], Pilot study	30.6 (11.5), NA	44 (68)	–	NA	NA	Blue Cross Blue Shield of Massachusetts Foundation
Poudel-Tandukar (2024) [32]	Pre-post [none], Pilot study	48.48 (17.07), 18 +	31 (74,19)	–	NA	NA	–
Stammel (2017) [48]	Pre-post [none]	25.4 (10.6), NA	76 (38)	–	Yes	NA	NA
Tay (2021) [33]	Single armed, assessor-blind nonrandomized	37.4 (12.8), 18 > 50	144 (41.7%); 66 Completer	Baseline to Post: 16.67%; Baseline to Follow up: 54.2%	NA	NA	United Nations High Commissioner for Refugees; National Health and Medical Research Council Australia
Van Wyk (2012) [50]	Pre-post [none]	34.1 (14.1), 18–80	62 (57)	11%	NA	NA	Australian Research Council; National Cancer Institute Minority Institution

IG Intervention group, CG Control group, NA Not available, RCT Randomized controlled trial, gRT Parallel group-randomized trial

Table 6 Strength of focus on depression in the studies included (k=20)

First author (year)	Reported focus of the intervention	Diagnosis of Depressive Disorder (DD)	Is DD an Inclusion criteria (%DD)?
Quantitative randomized controlled trials			
Acarturk (2024) [38]	Depression and anxiety, PTSD/functional impairment, self-identified problems (2nd)	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25), depression subscale; cut-off score of > 1.75	No (47.8)
Bolton (2014) [40]	Comorbid mental health and functioning	Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25), depression subscale	Yes and/or PTSD (NA)
Cuijpers (2022) [36]	Depression, impaired functioning at posttreatment	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Yes and functional impairment (100)
De Graaff (2023) [35]	Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder (2nd)	Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)	No (68.9)
Kananian (2020) [46]	PTSD and Depression	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Yes and other diagnoses (79)
Northwood (2020) [43]	Depression and PTSD	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SKID)	Yes (100)
Tay (2020) [34]	Mental Health	Refugee Mental Health Assessment Package (RMHAP) depression module	Yes, and others (NA)
Wiechers (2023) [39]	Stress management, emotion regulation strategies, psychoeducation	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Yes (100)
Vijayakumar (2017) [41]	Suicidal behaviour (Depression)	Centre for epidemiological Studies-Revised (CESD-R)	No (24.7 intervention; 16.6 control)
Quantitative non-randomized trials			
Berkson (2014) [49]	Consequences of torture	Hopkins Symptom Checklist Cambodian Version (HSCL); scores greater than or equal to 1.75	No (52.8)
Brakemeier (2017) [45]	Mental Health	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SKID)	Yes and other diagnoses (54)
Kananian (2017) [47]	Trauma related disorders	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Yes and other diagnoses (56)
Kinzie (2012) [42]	Depression and PTSD	By psychiatrists after diagnostic interview based on DSM IV	No (100);
Mateos-Fernandez (2020) [31]	Depression and Anxiety	Beck's Depression Inventory (BDI)	No (81)
Pishyar (2012) [44]	Depression	Depression Anxiety Stress Scale (DASS); Score > 28 = extremely severe depressed	Yes (100)
Poudel-Tandukar (2021) [53]	Stress, Anxiety and Depression	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25); Nepal Version; Scores > 1.75	No (48)
Poudel-Tandukar (2024) [32]	Stress, Anxiety and Depression; coping, self-efficacy, social support, and conflict resolution	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25), depression subscale; Mean Score of > 2.1	No (61)
Stammel (2017) [48]	Trauma-related disorders (PTSD, Depression, Anxiety and Somatization)	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	No (86)
Tay (2021) [33]	Depression, posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety, functional impairment	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Yes and/or PTSD and functional impairment (NA)
Van Wyk (2012) [50]	Mental Health (PTSD, Depression, Anxiety and Somatization)	Hopkins Symptom Checklist-37 (HSCL-37)	No (37)

DD Depressive Disorder

Effectiveness of included trials by study design and treatment format

The content and dose intensity of the interventions varied. The intervention dose ranged from 5 [36, 37, 49] to > 40 sessions [41, 43, 48]. The highest number of

sessions was reported in trials using multidisciplinary treatments, which were non-manualized and in a naturalistic setting. Seventeen interventions were manualized. CBT was the most studied intervention with four trials [34, 40, 46, 47]. Nine interventions were performed

in an individual and ten in a group setting, with one being delivered digitally [36]. Treatment was mainly carried out by health professionals, but the Common Elements Treatment Approach [40], the Integrative Adapt Therapy [33, 34], the Contact and Safety Planning (CSAP) [41] and the interventions developed by the World Health Organisation (WHO Problem Management Plus (PM+) and Step by Step [35, 36, 38] were carried out by lay counsellors under supervision. In nine trials, the use of an interpreter was reported [31, 39, 41–43, 45, 48–50].

Studies involving a control condition

Nine studies used a control condition [34–36, 38–41, 43, 46]. Four were conducted in an individual setting, four in a group setting and one digitally. The sample sizes ranged from $n=24$ [46] to $n=1755$ [41], with the median of $n=322$ participants.

Individual setting

Bolton et al. [40] examined the relative efficacy of a Common Elements Treatment Approach (CETA) compared to a waiting condition. CETA is a transdiagnostic treatment based on CBT, designed especially for delivery by non-professional providers in low-resource settings with few mental health professionals. It has a set of nine cross-cutting treatment components with decision-making rules and guidelines.

Problem Management Plus (PM+) was developed by the WHO as an intervention for underserved communities and to be delivered by lay workers. PM+ comprises 5 sessions: psychoeducation and stress management using diaphragmatic breathing (session 1), problem solving (session 2), behavioural activation by re-engaging with pleasant/task-oriented activities (session 3), accessing social support (session 4) and relapse prevention (session 5) [35]. De Graaf [35] compared PM+ with a control group receiving care as usual which included all (mental) health services in the Netherlands. Additionally, PM+ was delivered in a group setting in a trial by Acarturk et al. [38].

Northwood et al. [43] investigated the efficacy of the intensive psychotherapy and case management (IPCM) compared to a control group that received care as usual (CAU). CAU patients could be referred to a full range of behavioral health services by their primary care physician. IPCM is a behavioral health intervention consisting of psychotherapy and case management provided by refugee trauma specialists from the Centre for Victims of Torture (CVT) within two urban primary care clinics. The interventions were individually tailored and not manualized.

Vijayakumar et al. [41] compared two refugee camps in India, with one of the camps representing the passive/

control condition to the experimental condition called Contact and Safety Planning (CASP). The aim of the trial was to detect and reduce suicidal behavior among refugees, with depression representing a secondary focus. After a screening of all refugees in the camps, refugees with a high risk of committing suicide were observed by community volunteers who used safety planning cards. The community volunteers made periodic visits to provide emotional support to individuals who were depressed or suicidal. The safety planning card consisted of an individualized list of coping strategies containing names and contact numbers of persons in the individual's immediate family, social circle and health services who could be contacted in a crisis [41].

Group setting

Kananian [46] compared Culturally Adapted Cognitive Behavioural Therapy plus Problem Solving (CA-CBT+) to a waitlist condition. CA-CBT+ is based on the cultural adaptations of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) by Hinton [51] and was adapted to the Afghan culture. The sessions covered the topics psychoeducation, emotional distancing and regulation techniques, mindfulness and relaxation techniques, anxiety, trauma recall and anger protocols, working with cognitions, somatic complaints and cultural syndromes. In contrast to the other studies with a control group design, which have a sufficient number of subjects (>130 participants), Kananian et al. [46] included only 25 participants.

An RCT with care as usual as a control condition was conducted by Wiechers et al. [39] in Germany with refugees who were native-speakers of Arabic or Dari/Farsi and/or fluent in English or German. The intervention Empowerment group therapy for refugees (Empowerment) is based on cognitive behavioral therapy and comprises 16 sessions, each starting with a breathing exercise. Sessions 1–5 focus on psychoeducation and behavioral activation in the context of displacement. A culturally sensitive explanatory model is developed. Sessions 6–10 impart coping skills in dealing with migration-related acute stress, disturbed sleep, and somatic pain. Sessions 11–14 focus on emotion regulation strategies. In the final two sessions, information about further treatment options within the German mental health system is given.

Tay et al. [34] compared Integrative Adapt Therapy (IAT) to manualized CBT. Lay counsellors delivered IAT under supervision. The aim was to help refugees trace their emotional and behavioral problems to the underlying psychosocial disruptions. IAT is based on the Adaptation and Development After Persecution and Trauma (ADAPT) model [52], which identifies five key psychosocial systems that support mental health in stable societies but are undermined by the refugee experience: safety/

security, attachments, justice, role/identity disruptions, existential meaning. Seven treatment strategies (skills) were trained: psychoeducation, trauma narrative/modified exposure, problem solving, stress management, emotional regulation, cognitive reappraisal, meaning making [34].

Acarturk et al. [38] examined group gPM+ for Syrian refugees in Türkiye against care as usual. The treatment consisted of 5 weekly group sessions, each of 2 h, delivered by non-specialists. For a description of the content of the sessions, see 3.2.1.1.

Digital intervention

The digital intervention Step-by-Step was based on behavioral activation, guided by nonspecialized helpers [36]. In five-sessions on an internet-connected device psychoeducation and training in behavioral activation were mediated through illustrated narratives. Therapeutic techniques such as stress management, a gratitude exercise, positive self-talk, strengthening social support, and relapse intervention were introduced. The narratives could be adapted to the user. The tool has a female and male version, each with two versions for different living situations (married with children or unmarried) and participants can choose the appearance of the character. Patients could use their phone or a computer in the camp during the trial. Cuijpers et al. [36] compared Step by Step with enhanced care as usual (ECAU). ECAU consisted of the first session of Step-by-Step, a basic psychoeducation, and a referral to evidence-based care, delivered through the app or website.

Summary of findings from controlled trials

Only the study by Vijayakumar et al. [41] showed no significant improvement in the symptoms of depression, however in this study the suicide rate improved significantly. Acarturk et al. [38] reported significant change only in the subgroup of those with probable baseline depression and not in the total sample. All other studies reported a significant reduction of depressive symptoms. It is notable that most of the randomized controlled trials reviewed here reported large treatment effects for reducing depressive symptoms (see Table 7). IAT was superior to CBT and specialized treatment was superior to care as usual. Apart from Tay et al. [34] the trials did not include credible control conditions, which hinders any conclusion about the efficacy of non-specific factors. CETA, Empowerment and the digital intervention Step-by-Step had high dropout rates (21%, 47% and 46%), indicating that while the interventions seems effective, they may not

be well accepted. The studies varied in content and the extent to which various components were applied. The absence of treatment fidelity checks adds to the difficulty in disaggregating the specific components of effective treatment. This highlights the need for more investigation into treatment efficacy, the mechanisms of change, as well the acceptance of treatment methods amongst refugees before recommendations can be made.

Studies not involving a control condition

Eleven studies did not involve a control condition. Five were conducted in an individual setting and five in a group setting. The sample sizes ranged from $n=7$ [47] to $n=144$ [33] with the median of $n=29$ participants.

Individual Setting

Kinzie et al. [42], Stammel et al. [48] and van Wyk et al. [50] studied multidisciplinary treatments in specialized centers. They offered culturally tailored psychotherapy, medication, counselling and social work. The interventions were diverse and patient-centered, not manualized, depending on the individual needs of the patient and on the capacities of the health professional. They treated the patients for about a year on a weekly or biweekly basis. Brakemeier et al. [45] offered Interpersonal Integrative Therapy for Refugees (IITF—abbreviated from the German term Interpersonelle Integrative Therapie für Flüchtlinge). The patients received 25 weekly sessions that focussed on modifying five treatment foci: role change, integration, interpersonal conflicts, grief, and isolation/loneliness. Pishyar et al. [37] reported on a small group of patients ($n=16$) whom the author treated using the therapeutic de-reflection intervention [44]. De-reflection intervention is a logotherapy technique that aims to decrease negative self-observation by directing attention from problems and symptoms to meaningful values in the patient's life, helping individuals to move toward self-transcendence. The therapy includes activity planning, multidimensional hygiene, a personal journey toward self-transcendence, managing negative attitudes and self-focused attention.

Group Setting

Berkson et al. [49] investigated the Cambodian Health Promotion Program (CHPP), a culturally tailored health education program for refugee survivors of torture, which uses handouts and videos for information transfer. Five key elements are a part of the training: 1. concept of health promotion and disease prevention, 2. nutrition, 3. physical activity, 4. stress, depression and sleep, 5. relationships. Kananian et al. [47] executed a pilot study for the CA-CBT therapy [46] but without the

Table 7 Effectiveness of the quantitative randomized trials included (k = 9)

First author (year)	Instrument	Analysis	Between-groups (IG vs. CG)		Effect size	Within-group (Pre to Post)		
			Significant symptom reduction / Significant Mean difference	Clinically reliable change/ remission		Significant symptom reduction/ Mean difference (SD)	Clinically reliable change/ remission	Effect-size
Acarturk (2024) [38]	HsCL-25;	ITT;	No in total, but Yes in subgroup analyses of baseline depression; Subgroup Pre to Post: difference: -0.17; CI: -0.32, -0.02; p<0.028** Follow up 3-months: Not significant	NA For depression only	d = 0.27 (small)	NA	NA	NA
Bolton (2014) [40]	HsCL-25; adapted version	ITT	Yes difference: -0.49 (95% CI: -0.59,-0.40); P<0.001***	NA	HsCL-25 d=1.16 (large); (d=1.44 (large) for sub-population with severe depression)	IG: yes; Mean Pre score: NA; Mean Post score: NA; difference: -1.02; 95% CI: -1.12, -0.91; p: NA) CG: yes; Mean Pre score: NA; Mean Post score: NA; difference: -0.52; 95% CI: -0.63, -0.42; p: NA)	NA	NA

Table 7 (continued)

First author (year)	Instrument	Analysis	Between-groups (IG vs. CG)		Within-group (Pre to Post)			
			Significant symptom reduction / Significant Mean difference	Clinically reliable change/ remission	Effect size	Significant symptom reduction/ Mean difference (SD)	Clinically reliable change/ remission	Effect-size
Cuijpers (2022) [36]	PHQ-9	ITT/Completers	Yes	Yes	Pre to Post: g = 0.48; 95% CI: 0.26; 0.70 (moderate)	NA	Yes	NA
			Pre to Post: b = -2.81; SE = 0.66; p < 0.001	IG: 37.1% response; 20.8% complete remission	Pre to Post: g = 0.48; 95% CI: 0.26; 0.70 (moderate)		Yes	37.1% response; 20.8% complete remission in IG
			Follow up 3-months: b = -3.63; SE = 0.72, p < 0.001*** (regression models)	CG: 13.3% response; 4.9% complete remission	Pre to Follow up (3 months): g = -4.28; 95% CI: 0.22; 0.68 (moderate to large)			
				p < 0.001***				
				Odd Ratio: ITT				
				Response: 3.8				
				Complete Remission: 5.1				
				Completers				
				Response: 4.4				
				Complete remission: 6.6				
		NNT: ITT						
		Response: 4						
		Complete Remission: 6						
		Completers						
		Response: 4						
		Complete remission: 6						

Table 7 (continued)

First author (year)	Instrument	Analysis	Between-groups (IG vs. CG)		Within-group (Pre to Post)			
			Significant symptom reduction / Significant Mean difference	Clinically reliable change/ remission	Effect size	Significant symptom difference/ Mean (SD)	Clinically reliable change/ remission	Effect-size
De Graaff (2023) [35]	HSL-25	ITT/ Completers	Yes difference, -0.34 (95%-CI: -0.486 to -0.199; $p < 0.0001$) by Mixed-model analyses (Mma); -0.23 by covariate-adjusted mixed-model analysis difference: -0.34; 3-month follow up: Mean follow up Score: 1.91, difference -0.28; 95%- CI = -0.421 to -0.131; $p = 0.0002$ (Mma)	NNT = 4.2 (risk difference: -0.24; 95% CI -0.314 to -0.166); Completers only: IG Post: Recovered 0; Improved 41.2% Follow-up: Recovered 2.4%; Improved: 38.1% CG Post: Recovered 1.1%; Improved 16.1% Follow-up: Recovered 0%; Improved: 23.9% (Mma)	Pre-Post: d=0.50 (0.43 covariate adjusted) Post-follow up (3month): d=0.42 (Larger effect size for participants who scored above cut-off at baseline for depression ($p < 0.0001$ and $p > 0.0001$ follow up))	NA	NA	NA
Kananian (2020) [46]	GHQ-28; PHQ-9, Farsi Versions	ITT	Yes GHQ-28: $F(1,22) = 29.16$, $p < .001$; GHQ-28 subscale depression, $p < .001^{***}$; PHQ-9: $F(1,22) = 1.18$, $p < .001^{***}$	Yes A) Post treatment: 100% response rate (GHQ-score decrease of 5) of IG patients and 8.3% of CG patients; difference was highly significant, $p = .005$ B) 12-months follow up: response rate of 58.3% in IG	Pre to Post GHQ-28 d=3.0 (large); PHQ-9 d=1.5 (large) Pre to Follow up (12 months post treatment) GHQ-28 d=1.0 (large), PHQ-9 d=0.6 (moderate)	NA	NA	NA
Northwood (2020) [43]	HSL-25_depression	ITT	Yes difference, 5.5, 95% CI, 3.9 to 7.1, $p < .001^{***}$	NA	partial eta squared = 0.214 (large)	NA	NA	NA

Table 7 (continued)

First author (year)	Instrument	Analysis	Between-groups (IG vs. CG)		Effect size	Within-groups (Pre to Post)		
			Significant symptom reduction / Significant Mean difference	Clinically reliable change/ remission		Significant symptom reduction/ Mean difference (SD)	Clinically reliable change/ remission	Effect-size
Tay (2020) [34]	RMHAP depression module	ITT	Yes IAT vs. CBT difference: -.07 (95% CI: -.013 to -.001, $p = .020^*$)	NA	NA	Yes IG (IAT): Mean Pre score: 1.82, 95%-CI 1.74–1.09 (NA); Mean Post Score: 1.27, 95%-CI: 1.11–1.19; difference: 0.55; $p < 0.05^{**}$ CG (CBT): Mean Pre score: 1.82, 95%-CI 1.74–1.9 (N/A); Mean Post Score: 1.33, 95%-CI: 1.28–1.38; difference: 0.49; $p < 0.05^{**}$	NA	IAT: $d = 1.4$ (large) CBT: $d = 1.11$ (large)
Wiechers (2023) [39]	PHQ-9; MADRS	ITT	yes	Yes, significant response and remission in IG compared to CG	PHQ: $d = 0.68$, 95% CI 0.21–1.15 (moderate); MADRS: $d = 0.51$, 95% CI 0.04–0.99 (moderate)	NA	NA	NA
Vijayakumar (2017) [41]	CES-D-R; SSI, tamil version	ITT	Depression (CES-D_R): no; IG: 25% vs. 17%, $p = .000$; Suicidal behaviour (SSI): yes; difference: 519, 95%-CI: 136 to 902, $p = .01^{**}$	NA	NA	Yes for high risk of suicide IG ($n = 158$): Mean Pre score: 21.54 (17.3); Mean Post Score: 14.7 (19.8); difference: 0.38; CI: NA; $p < 0.001^{***}$	NA	NA

IG Intervention Group, CG Control Group, N/A not available, d Cohen's d (Cohen 1988), g Hedge's g , b b coefficient, ITT Intent to Treat, HSL Hopkins Symptom Checklist, GHQ General Health Questionnaire, PHQ Patient Health Questionnaire, CES D Center for Epidemiological Studies, BDI Beck's Depression Inventory, $MMHAP$ Refugee Mental Health Assessment Package, SSI Beck's Scale for Suicidal Ideation, NMT Number of needed to treat, $MADRS$ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

$p < 0.050^*$

$p < 0.010^{**}$

$p < 0.001^{***}$

problem-solving sessions. Poudel-Tandukar et al. implemented an intervention called Social and Emotional Wellbeing (SEW) in two different populations. One trial was with Ukrainian and one trial with Bhutanese refugees in USA [37, 53]. It is a community based and culturally tailored multimodal intervention. Each session consists of health education, a problem-solving activity (60 min), breathing exercise and yoga (60 min). SEW has five modules: managing stress, strengthening communication skill, strengthening social networking, problem solving, creating a healthy family environment. Tay et al. [33] evaluated the previously described Integrative Adapt Therapy (see also 3.2.1.2) within a group setting (IAT-G) during the emergency phase of a mass humanitarian crisis amongst Rohingya refugees in Bangladesh. This group intervention with five to eight participants comprised seven sessions, each lasting 90 min. Each session focused on a psychosocial support system or pillar of the ADAPT model (see 3.2.1.2). After a reflection and sharing phase in each session, CBT strategies were introduced by lay workers to deal with feelings of stress related to the disruption of the ADAPT pillars. In addition, psychoeducation and skills were mediated. The Art Based Intervention (ABI) studied by Mateos-Fernández et al. [31] represents a further form of intervention. ABI was developed for and evaluated by a group of irregular refugees and consists of drawing, dance, musical improvisation and relaxation.

Summary of findings from non-controlled trials

The studies were mostly of a pilot nature with a limited number of participants. Except for the pilot study by Kananian et al. [47], all studies showed a significant improvement of depressive symptoms from pre- to post-intervention. Kinzie et al. [42], van Wyk et al. [50] and in two trials Poudel-Tandukar et al. [37, 53] even achieved remission rates of above 30%. The trial by Kananian et al. [47] showed no significant change in the Patient Health Questionnaire (PHQ) but significant symptom reduction measured by the General Health Questionnaire (GHQ-28) subscale for depression. In a later trial by Kananian et al. [46] with more participants, the reduction in the PHQ values also became significant. Note, however, that the authors allowed additional medication. Confounding variables were hardly recorded, so that the significant mean changes between pre- and post-treatment are hardly meaningful. Nevertheless, the studies provide important information for the development of interventions. It seems that the use of psychotherapy at least does not lead to a worsening of symptoms. There is therefore no risk associated with the implementation of such interventions and they were mostly accepted by the refugees. Only the trials of Brakemeier et al. [45] and Kananian

et al. [47] had high dropout rates (>20%). For more details see Table 8.

Methodological quality assessment of included studies

The applied quality criteria can be found in Table 9. Acarturk et al. [38] was the only study with high quality ratings. Apart from the RCT by Vijayakumar et al. [41] and Wiechers et al. [39], which were rated low, the quality of all other RCTs (k=6) was classified as moderate. Reasons for a moderate rating were often insufficient or inadequate information about the outcome data, for example high drop-out rates [36, 39, 40]. Non-randomized studies are already of poorer quality due to their study design. But even within their category, the identified trials scored poorly with k=8 trials categorized as low quality. No study was of high quality and k=3 were of medium quality [42, 45, 48]. For example, k=7 trials categorized as low quality did not consider confounding variables (see Table 9).

Discussion

Summary of key findings

Of 1316 initial hits, a total of 20 studies met our eligibility criteria. Nine of these trials were carried out in an individual setting and ten in a group setting, with one of the trials conducted digitally. Nine studies were designed as randomized controlled trials, with only one study using an active control group. Three of the trials applied multimodal treatments, and a total of sixteen studies applied manualized treatments. Overall, nineteen out of twenty trials reported a significant improvement in depressive symptoms.

Seventeen interventions in the included trials were developed in industrialized countries within a western context and were adapted to the culture or specific needs of the refugee group investigated. It would be desirable to have more trials with refugee populations being conducted in low and middle-income countries (LMICs) and developed within different cultural backgrounds. The result of the study by Tay [34] suggests that a psychological treatment that addresses multiple social and emotional stressors associated with migration in depressive patients is superior to classic cognitive behavioral therapy. [54] Also, psychotherapy without trauma confrontation seems to be effective in refugee populations with depression. Since cognitive behavioral therapy in a culturally adapted form (CA-CBT) was the best studied therapy method with large effect sizes in this population (4 RCTs found in this review), it is likely that this intervention is effective in the treatment of depression in refugees. The intervention Empowerment Group Therapy for Refugees (Empowerment) is also based on cognitive behavioural therapy and had significant treatment effects

Table 8 Effectiveness of the non-randomized trials included (k = 11)

First author (year)	Instrument	Analysis	Within-group (Pre to Post)		Clinically reliable change/ remission	Effect-size
			Significant symptom reduction/ Mean difference (SD)	Mean		
Berkson (2014) [49]	HSCL Cambodian version	ITT	Yes Mean Pre score: 1.99; Mean Post Score: 1.72; difference: 0.28; CI: N/A; p=0.000***	Yes Above HSCL Threshold for DD: pre 53% to post 44%; CI: NA; p= .034*; 17% of patients reduction	NA	
Brakemeier (2017) [45]	HSCL-25; Arabic version	ITT	Yes p=NA	Yes Therapists third-party assessment: 19% of patients remission	d=-0.63 (moderate)	
Kananian (2017) [47]	GHQ-28; PHQ-9; Farsi Versions	Completer/ ITT	PHQ: no Mean Pre Score (SD): 15.7 (6.4) Mean Post Score (SD): 11.6 (5.7); WSR: -1.4 GHQ-28 subscale severe depression: yes Mean Pre Score (SD): 9.4 (3.8); Mean Post Score (SD): 6.4 (2.2); WSR: -1.5**; p<.025	PHQ and GHQ subscale depression: NA GHQ total: no remission (GHQ<6), reliable change of n=5 (d>7.5 (α=0.05, reliability=0.90, SD pre=8.4)	PHQ-9: d=0.6/0.5 (moderate); GHQ-28 Severe Depression subscale: d=1.0/0.7 (large)	
Kinzie (2012) [42]	CES-D	Completer	Yes Mean Pre score: 43; Mean Post Score: 13.5; difference: 29.5; CI: NA; p=NA p=0.000***	Yes Score > 16 at intake (n=21); after one year n=9 dropped out of the depressed range, n=11 dropped at least 10 points (30% reduction)	NA	
Mateos-Fernandez (2020) [31]	BDI, French Version	ITT	Yes Mean Pre score: 5.27 (3.19); Mean Post Score: 2.54 (2.42); difference: -2.10; CI: NA; p=NA; p=.036*	Yes pre-test: n=6 minor depressive, n=3 moderate post-test: n=3 minor depression, n=1 moderate depression	Hedges' G=0.924 (large)	
Pishyar (2012) [44]	BDI	ITT	Yes Mean Pre score: 36.5 (12.35); Mean Post Score: 8.12 (2.41); difference: 28.37; CI: NA; t-value 9.12, df=15; p<0.001***	NA	NA	
Poudel-Tandukar (2021) [53]	HSCL-25; Nepal version	ITT	Yes Mean Pre score: 26.7 (10.9); Mean Post Score: 20.8 (9.1); difference: 5.9; CI: N/A; p<.004**	Yes 48% above cut off for depression before intervention to 14% after the intervention (p<.001***)	d=3.3 (large)	
Poudel-Tandukar (2024) [32]	HSCL-25	ITT	Yes Mean Pre score: 29.22 (9.63); Mean Post Score: 22.93 (7.33); Difference to-t1 =6.29 (p<0.01)	Yes, above-threshold depression reduced from 58.06% before to 22.58% after intervention (p<0.01)	NA	

Table 8 (continued)

First author (year)	Instrument	Analysis	Within-group (Pre to Post)	Clinically reliable change/ remission	Effect-size
Stammel (2017) [48]	HSCL-25	Completer	Yes t0 Mean Pre score: 2.8 (0.5); t1 Mean Post Score: 2.7 (0.7); t2 Mean Follow-up score: 2.2 (0.7); difference t0-t1: 0.1; t0-t2: 0.6; Intercept: 2.86***, 95% CI: 2.0, 3.72; Time -0.04***, 95% CI: -0.05, -0.02, p<0.001***	NA number of clinical cases still high after one year of treatment	Pseudo $R^2 = .28$
Tay (2021) [33]	PHQ-9	Completer	Yes Mean Pre score: 17.5 (95% CI 19.7–18.3); Mean Post Score: 7.3 (95% CI 6.4–8.2); Mean Follow-up score: 6.1 3 (95% CI 5.2–7.0) difference: CI: N/A; p<0.05*	NA	Pre to Post d= 1.59 (medium) Pre to follow-up d= 1.9 (large)
Van Wyk (2012) [50]	HSCL-37, English version	NA	Yes Mean Pre score: 1.69 (0.5); Mean Post Score: 1.31 (0.3); difference: 0.38; CI: N/A; p<0.001***	Yes pre: 37% in clinically significant range post: 7%	r=0.57 (very large)

IG Intervention Group, CG Control Group, N/A Not available, d Cohen's d (Cohen, 1988), ITT Intent to Treat, HSCL Hopkins Symptom Checklist, GHQ General Health Questionnaire, PHQ Patient Health Questionnaire, CES-D Centre for Epidemiological Studies, BDI Beck's Depression Inventory, RMHAP Refugee Mental Health Assessment Package, SSF Bak's Scale for Suicidal Ideation, WSR Wilcoxon-Signed Rank Test

p<0.050*

p<0.010**

p<0.001***

Table 9 Adapted rating of the methodological quality of included studies (k = 20) based on the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) [30]

	Randomized controlled trials					Non-randomized trials					Overall quality assessment
	Randomization ^a	Groups comparable ^b	Outcome Data ^c	Blind assess ^d	Adherence ^e	Representativity ^f	Measurements ^g	Outcome data ^h	Confounders ⁱ	Intervention ^j	
Acatunk (2024) [39]	+	+	+	+	+						high
Berkson (2014) [49]						-	+	o	-	o	low
Bolton (2014) [40]	+	+	-	+	+						medium
Brakemeier (2017) [45]						+	+	-	+	o	medium
Cuijpers (2022) [36]	+	+	o	+	+						medium
De Graaff (2023) [35]	+	+	o	+	+						medium
Kananian (2017) [47]						-	+	-	-	o	low
Kananian (2020) [46]	o	+	+	+	-						medium
Kinzie (2012) [42]						+	+	o	+	o	medium
Mateos-Fernandez (2020) [31]						-	+	o	-	o	low
Northwood (2020) [43]	+	+	o	+	-						medium
Pishyar (2012) [44]						-	+	o	-	o	low
Poudel-Tandukar (2021) [53]						+	+	o	-	o	low
Stammel (2017) [48]						+	+	o	+	o	medium
Poudel-Tandukar (2024) [32]						+	+	o	-	o	low
Tay (2020) [34]	+	+	o	+	o						medium
Tay (2021) [33]						+	+	o	o	o	low

Table 9 (continued)

	Randomized controlled trials				Non-randomized trials				Overall quality assessment
	Randomization ^a	Groups comparable ^b	Outcome Data ^c	Blind assess ^d	Adherence ^e	Representativity ^f	Measurements ^g	Outcome data ^h	
Van Wyk (2012) [50]	o	+	-	+	o	-	+	o	low
Wichers (2023)	o	+	-	+	o				low
Vijayakumar (2017) [41]	+	-	o	+	o				low

+ quality criterion met; — quality criterion not met, 0 = not enough information available

Overall assessment of methodological study quality: HIGH = all criteria met, MEDIUM = 1-2 quality criteria not met / not enough information available, LOW = more than 2 quality criteria not met / not enough information available

^a Is randomization appropriately performed?

^b Are the groups comparable at baseline?

^c Are there complete outcome data (complete data value >80% and Drop Out >20%)?

^d Are outcome assessors blinded to the intervention provided?

^e Did the participants adhere to the assigned intervention?

^f Are the participants representative of the target population?

^g Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?

^h Are there complete outcome data (complete data value >80% and Drop Out <20% post intervention)?

ⁱ Are the confounders accounted for in the design and at least one analysed?

^j During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?

[39]. Intensive psychotherapy in combination with case management by professional helpers who have been trained in the needs of refugees seems to be superior to non-specialised treatment in a primary care setting [43]. Other psychological interventions like the Common Elements Treatment Approach [40], Integrative Adapt Therapy [33, 34], and Problem Management Plus [35, 38] may also be effective. The digital intervention Step by Step [36] seems particularly promising, especially in regions that are difficult to access. Since interventions carried out with the help of an interpreter have also achieved an improvement in depressive symptoms, the use of interpreters in interventions should be considered more frequently if communication is otherwise not possible.

Methodological strengths and limitations of this review

Our systematic search strictly adhered to the previously defined PICOS criteria (see Table 1). Although the criteria were formulated as precisely as possible beforehand, there was a need for discussion in the case of several studies, particularly with regard to the inclusion criterion (IC 2.2) of focussing the intervention on depression. The interrater reliability was therefore only low to moderate. In the discussion the exclusion criterion (EC2) of focusing on PTSD was often helpful at this point. In a new review, this criterion should either be formulated more precisely or replaced by another criterion. Whether the psychiatric interventions as studied by Kinzie et al. [42] correspond to our IC regarding the psychotherapy or psychological intervention was also discussed. The decision was inclusion, since supportive psychotherapy was offered and drug-based approaches were not compared. Only drug-based approaches were excluded. Based on this review, no statement can be made as to whether any pharmacological approach is effective in this population. Parallel administration of psychotropic medications during a trial was also not an exclusion criterion in our review. The results of the individual studies may be distorted as a result.

In general, the selection of studies to be included in systematic reviews depends very much on how the criterion was previously defined. In our review, for example, trials that were not conducted 100% on refugees were excluded. This meant that studies such as Orang et al. [55], that nevertheless predominantly analysed refugees, were excluded from the analysis. Internally displaced persons are also not represented in this review. The focus was only on refugees living in exile, because this group is particularly vulnerable, as they are often survivors of extreme situations such as war or persecution on the one hand, but also have to adapt to a foreign country on the other. This leads to additional stress due to high demands and/or lifestyle restrictions (e.g. work bans) that are

specific to this group. Migrants do not have a history of potential traumatic events before and during their journey to a new country. They are also more likely to have less problems in the foreign country and therefore require a different treatment focus. Internally displaced persons were not included as they have not been exposed to post-migration stress (e.g. discrimination, labor restrictions, adapting to cultural context). Due to the expected small number of studies on depression treatment, studies were also allowed in which depression was not an inclusion criterion. In accordance with our PICOS criterion it was sufficient if the number of participants with depression at recruiting was specified (in %). If the definition of the criterion had been more strictly enforced (depression as inclusion criterion, 100% participants with depression), only five studies would have been included. Moreover we did not perform a meta-analysis at this time because the included studies were considered too heterogeneous and of insufficient methodological quality for a meta-analysis.

Conclusions

The results of the studies identified in this review indicate that psychotherapy is effective in the treatment of depression in refugees and asylum seekers. Because of the small number of trials and their limited quality, no valid recommendations can be made regarding a specific treatment or specific method. Given the high prevalence of depression in refugees and the rising number of refugees because of global crises, there is an urgent need for more investigation into effective treatment for this population. Future research also needs to meet higher research quality standards. Additionally, the therapeutic approaches need to consider cultural adaptation beyond linguistic translation and should take into account post-migration-stressors.

Abbreviations

ABI	Art Based Intervention
BDI	Beck's Depression Inventory
CA-CBT	Culturally Adapted Cognitive Behavioural Therapy
CA-CBT+	Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy plus Problem Solving
CASP	Contact and Safety Planning
CAU	Care as usual
CETA	Common Elements Treatment Approach
CG	Control Group
CHPP	Cambodian Health Promotion Program
DD	Depressive Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECAU	Enhanced care as usual
GHQ-28	General Health Questionnaire
GRT	Parallel group-randomized trial
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
IAT	Integrative Adapt Therapy
ICD	International Statistical Classification of Diseases
IPCM	Intensive Psychotherapy and Case Management
ITT	Intent to Treat
MMAT	Mixed Method Appraisal Tool

MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NA	Not available
PHQ	Patient Health Questionnaire
PICOS	Patient/Population (P), Intervention (I), Comparator (C) Outcome (O) Study design (S)
PM+	Problem Management Plus
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
PTSD	Posttraumatic stress disorder
RCT	Randomized controlled trials
SEW	Social and Emotional Wellbeing
WHO	World Health Organization
WHO PM+	World Health Organization Problem Management Plus

Acknowledgements

We acknowledge financial support from the Open Access Publication Fund of UKE - Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Authors' contributions

C.U. contributed to conceptualization, piloting, study selection, systematic review registration, writing methods, creating all figures and tables, assessing study quality, data extraction, and writing the manuscript. F.M. contributed to conceptualization, supervision study and writing process, review registration, piloting, study selection, assessing study quality, third review data extraction, and reviewing the manuscript. S.P. und N.M. contributed to conceptualization, third review study selection, and reviewing the manuscript. H.A. contributed conceptualization, piloting, and reviewing the manuscript. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

Funding

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Data availability

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

Not applicable.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Received: 26 April 2024 Accepted: 24 December 2024

Published online: 08 January 2025

References

1. UNHCR. Global Trends: Forced displacement in 2021. 2022. <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>. Accessed 16 Dec 2022.
2. Nickerson A, Byrow Y, Rasmussen A, O'Donnell M, Bryant R, Murphy S, et al. Profiles of exposure to potentially traumatic events in refugees living in Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2021;30: e18. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000068>.
3. Tinghög P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsson E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*. 2017;7: e018899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899>.
4. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosé M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11:51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>.
5. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2018;9:433. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00433>.
6. Henkelmann J-R, de Best S, Deckers C, Jensen K, Shahab M, Elzinga B, Molendijk M. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020;6: e68. <https://doi.org/10.1192/bjpo.2020.54>.
7. Slewa-Younan S, Uribe Guajardo MG, Heriseanu A, Hasan T. A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries. *J Immigr Minor Health*. 2015;17:1231–9. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0046-3>.
8. Lindert J, Ehrenstein ÖSv, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2009;69:246–57. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>.
9. Bhugra D, Ayonrinde O. Depression in migrants and ethnic minorities. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10:13–7. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.13>.
10. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18:23–33. <https://doi.org/10.1017/S121189X00001421>.
11. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, Villalón FJ, Purgato M, Churchill R, Barbui C. An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;9:CD013458. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013458.pub2>.
12. Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. *J Couns Psychol*. 2015;62:28–37. <https://doi.org/10.1037/cou0000048>.
13. Nosé M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017;12: e0171030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>.
14. Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;63:66–79. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006>.
15. Kip A, Priebe S, Holling H, Morina N. Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Psychother*. 2020;27:489–503. <https://doi.org/10.1002/cpp.2446>.
16. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;28:376–88. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000027>.
17. Nickerson A, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Morina N. Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Tortured. *Treatment-Seeking Refugees J Trauma Stress*. 2017;30:409–15. <https://doi.org/10.1002/jts.22205>.
18. Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, Neuner F. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neurosci*. 2011;12:127. <https://doi.org/10.1186/1471-2202-12-127>.
19. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M, Carlsson J, Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2016;208:252–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150961>.
20. Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, Catani C, Odenwald M, Elbert T, Neuner F. Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychother Psychosom*. 2011;80:345–52. <https://doi.org/10.1159/000327253>.
21. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav Res Ther*. 2013;51:641–7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.002>.

22. Tacconelli E. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *Lancet Infect Dis*. 2010;10:226. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70065-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70065-7).
23. Tacconelli E. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet Infectious Diseases*. 2010;10:226. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70065-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70065-7).
24. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2nd ed. Chichester (UK): Wiley; 2019.
25. Zawacki-Richter O, Kerres M, Bedenlier S, Bond M, Buntins K. *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application*. Wiesbaden (Germany): Springer Nature; 2020.
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
27. International Organization for Migration. *Glossary on Migration*. Geneva; 2011.
28. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
29. WHO. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1993.
30. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf*. 2018;34:285–91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>.
31. Mateos-Fernández R, Saavedra J. Designing and assessing of an art-based intervention for undocumented migrants. *Arts Health*. 2020;1–14. <https://doi.org/10.1080/17533015.2020.1866623>.
32. Poudel-Tandukar K, Davis C, Mosijchuk Y, Poudel KC. Social and emotional well-being intervention to reduce stress, anxiety, and depression among Ukrainian refugees resettled in Massachusetts. *Int J Soc Psychiatry*. 2024;207640241270870. <https://doi.org/10.1177/00207640241270870>.
33. Tay AK, Miah MA, Khan S, Mohsin M, Alam A, Ozen S, et al. A Naturalistic Evaluation of Group Integrative Adapt Therapy (IAT-G) with Rohingya Refugees During the Emergency Phase of a Mass Humanitarian Crisis in Cox's Bazar. *Bangladesh EJCLINICALMEDICINE*. 2021. <https://doi.org/10.1016/jeclinm.2021.100999>.
34. Tay AK, Mung HK, Miah MA, Balasundaram S, Ventevogel P, Badrudduza M, et al. An Integrative Adapt Therapy for common mental health symptoms and adaptive stress amongst Rohingya, Chin, and Kachin refugees living in Malaysia: A randomized controlled trial. *PLoS Medicine / Public Library of Science*. 2020;17:e1003073. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003073>.
35. de Graaff AM, Cuijpers P, Twisk JWR, Kieft B, Hunaidy S, Elsayy M, et al. Peer-provided psychological intervention for Syrian refugees: results of a randomised controlled trial on the effectiveness of Problem Management Plus. *BMJ Ment Health*. 2023. <https://doi.org/10.1136/bmjme-nt-2022-300637>.
36. Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Effects of a WHO-guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2022;19:e1004025. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004025>.
37. Poudel-Tandukar K, Jacelon CS, Poudel KC, Bertone-Johnson ER, Rai S, Ramdam P, Hollon SD. Mental health promotion among resettled Bhutanese adults in Massachusetts: Results of a peer-led family-centred Social and Emotional Well-being (SEW) intervention study. *Health Soc Care Community*. 2022;30:1869–80. <https://doi.org/10.1111/hsc.13566>.
38. Acarturk C, Kurt G, Ilkkurşun Z, de Graaff AM, Bryant R, Cuijpers P, et al. Effectiveness of group problem management plus in distressed Syrian refugees in Türkiye: a randomized controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2024;33:e43. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000453>.
39. Wiechers M, Strupf M, Bajbouj M, Böge K, Karnouk C, Goerigk S, et al. Empowerment group therapy for refugees with affective disorders: results of a multicenter randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2023;66:e64. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2431>.
40. Bolton P, Lee C, Haroz EE, Murray L, Dorsey S, Robinson C, et al. A trans-diagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med*. 2014;11:e1001757. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001757>.
41. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M. CASP—An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63:589–97. <https://doi.org/10.1177/0020764017723940>.
42. Kinzie JD, Kinzie JM, Sedighi B, Woticha A, Mohamed H, Riley C. Prospective one-year treatment outcomes of tortured refugees: a psychiatric approach. *Torture*. 2012;22:1–10.
43. Northwood AK, Vukovich MM, Beckman A, Walter JP, Josiah N, Hudak L, et al. Intensive psychotherapy and case management for Karen refugees with major depression in primary care: a pragmatic randomized control trial. *BMC Fam Pract*. 2020;21:17. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1090-9>.
44. Pishyar R. Using de-reflection techniques to affect clinical change in depression in an Afghan refugee community. *International Forum for Logotherapy*. 2012;35:85–90. <https://doi.org/10.1037/t00741-000>.
45. Brakemeier E-L, Zimmermann J, Erz E, Bollmann S, Rump S, von Kempfki V, et al. Interpersonelles Integratives Modellprojekt für Geflüchtete mit psychischen Störungen: Vorstellung des Projekts und erster Ergebnisse zu „Feasibility“ und Outcome = Interpersonal integrative pilot project for refugees with mental disorders Presentation of the project and initial results on feasibility and outcome. *Psychotherapeut*. 2017;62:322–32. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0211-y>.
46. Kananian S, Soltani Y, Hinton D, Stangier U. Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy Plus Problem Management (CA-CBT plus) With Afghan Refugees: A Randomized Controlled Pilot Study. *J Trauma Stress*. 2020;33:928–38. <https://doi.org/10.1002/jts.22615>.
47. Kananian S, Ayoughi S, Farugie A, Hinton D, Stangier U. Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: a pilot study. *Eur J Psychotraumatol*. 2017. <https://doi.org/10.1080/2008198.2017.1390362>.
48. Stammel N, Knaevelsrud C, Schock K, Walther LCS, Wenk-Ansohn M, Böttche M. Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8:1377552. <https://doi.org/10.1080/2008198.2017.1377552>.
49. Berkson SY, Tor S, Mollica R, Lavelle J, Cosenza C. An innovative model of culturally tailored health promotion groups for Cambodian survivors of torture. *Torture*. 2014;24:1–16.
50. van Wyk S, Schweitzer R, Brough M, Vromans L, Murray K. A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: the impact of therapeutic interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:995–1003. <https://doi.org/10.1177/0004867412443059>.
51. Hinton DE, Patel A. Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40:701–14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.006>.
52. Tay AK, Silove D. The ADAPT model: bridging the gap between psychosocial and individual responses to mass violence and refugee trauma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2017;26:142–5. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000925>.
53. Poudel-Tandukar K, Jacelon CS, Rai S, Ramdam P, Bertone-Johnson ER, Hollon SD. Social and emotional wellbeing (sew) intervention for mental health promotion among resettled bhutanese adults in massachusetts. *Community Ment Health J*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00754-w>.
54. Griner D, Smith TB. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chic)*. 2006;43:531–48. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>.
55. Orang TM, Missmahl I, Thoele am, Valensise L, Brenner A, Gardisi M, et al. New directions in the mental health care of migrants, including refugees: A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling. *Clin Psychol Psychother*. 2022;29:1433–46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2728>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Metakognitives Training bei Depression (D-MKT) für Arabisch sprechende Patient*innen mit Fluchterfahrung: Kulturelle Adaptation und Pilotierung

Metacognitive Training for Depression (D-MCT) for Arabic Speaking Patients with Refugee Experience: Cultural Adaptation and Piloting

Autorinnen/Autoren

Heba Alkailani^{1*}, Franka Metzner^{1,2*}, Cornelia Uhr³, Lena Jelinek⁴, Mona Dietrichkeit³, Silke Pawils¹

Institute

- 1 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- 2 Professur für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Förderpädagogik („Emotionale und soziale Entwicklung“), Prof. Dr. Daniel Mays, Universität Siegen
- 3 Psychiatrische Institutsambulanz, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Hamburg
- 4 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Schlüsselwörter

Psychotherapie, Depression, Metakognitives Training, Kulturelle Adaptation, Geflüchtete

Keywords

psychotherapy, depression, metacognitive training, cultural adaptation, refugees

eingereicht 09.02.2024

akzeptiert 11.07.2024

Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie

Psychiat Prax
DOI 10.1055/a-2365-0498
ISSN 0303-4259

© 2024, Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Franka Metzner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Deutschland
fmetzner@uke.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Trotz hohem Bedarf sind kulturell adaptierte Therapien für Arabisch sprechende geflüchtete Patient*innen mit Depression selten. Ziel der Studie war, das Gruppenprogramm Metakognitives Training bei Depression (D-MKT) für sie kulturell anzupassen und zu erproben.

Methodik Die kulturelle Adaptation des D-MKTs umfasste die Übersetzung und Oberflächenadaptation sowie eine Expert*inendiskussion. Anschließend wurden in einer unkontrollierten Pilotstudie mit n = 11 geflüchtete Patient*innen die Verständlichkeit, Akzeptanz und Durchführbarkeit des ambulant durchgeführten, kulturell adaptierten D-MKTs (KA-D-MKT) geprüft.

Ergebnisse Die Expert*innen bewerteten 83 % der Übersetzungen und 78 % der Abbildungen als unproblematisch hinsichtlich der Äquivalenz. Die Akzeptanz und Durchführbarkeit der acht Module wurden überwiegend positiv bewertet.

Schlussfolgerung Das adaptierte Training weist aus Sicht der Patient*innen eine hohe Akzeptanz und Verständlichkeit für den kultursensiblen, Dolmetscher*innen-gestützten Einsatz auf.

ABSTRACT

Objectives Despite high demand, culturally adapted therapies for Arabic speaking refugee patients with depression are rare. Aim of the study was to culturally adapt and evaluate the group treatment Metacognitive Training for Depression (D-MCT) for them.

Methods The cultural adaptation of the D-MCT included translation and surface adaptation as well as an expert discussion. The comprehensibility, acceptance and feasibility of the outpatient culturally adapted D-MCT (CA-D-MCT) were then tested in an uncontrolled pilot study with n = 11 refugee patients.

Results The experts rated 83 % of the translations and 78 % of the illustrations as unproblematic in terms of equivalence. The acceptability and feasibility of the eight modules were predominantly positive.

Conclusions From the patients' perspective, the adapted training shows a high acceptance and comprehensibility for culturally sensitive, interpreter-supported implementation.

* geteilte Erstautorinnenschaft

Hintergrund

Mehrere hunderttausend Menschen flüchteten in den letzten Jahren aus arabischen Ländern, die wie Syrien und der Irak zu den Kriegs- und Krisengebieten der Welt zählen, in westliche Länder. Allein aus Syrien haben in Deutschland zwischen 2019 und 2022 etwa 200.000 Menschen Asyl beantragt [1]. Bei 42 % aller Geflüchteten in Deutschland ist Arabisch die Muttersprache [2]. Die Prävalenz von Depressionen unter nicht hilfesuchenden, Arabisch sprechenden Geflüchteten in Deutschland beträgt 39,8 %, während sie in der deutschen Gesamtbevölkerung 10,1 % beträgt [3]. Diese Daten deuten darauf hin, dass Arabisch sprechende Geflüchtete eine höhere Prävalenz depressiver Symptome aufweisen [3]. Das Risiko für eine Erstmanifestation oder Chronifizierung depressiver Erkrankungen bei Geflüchteten wird durch belastende Erlebnisse im Herkunftsland, während der Flucht oder im asylgewährenden Land, z. B. durch Krieg, Gewalt, Verlusterfahrungen oder mangelnde soziale Unterstützung, erhöht [4]. Therapeutische Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung ist daher in vielen Fällen notwendig.

Kulturelle Adaptation von Therapieangeboten

Die kulturelle Adaptation von Therapieangeboten umfasst neben Übersetzungen eine Anpassung der Behandlungskonzepte und -grundprinzipien. Überzeugungen, Praktiken und Traditionen in den Familien, Gemeinschaften und Dörfern sowie Lebensrealitäten der Zielgruppe werden einbezogen [5]. Eine unkritische Übertragung einer Intervention von einer Zielgruppe auf eine andere, bei der Aspekte, die traditionell für Heilung und Wohlbefinden von entscheidender Bedeutung sind, ignoriert werden, kann deren Wirksamkeit verringern und zu unerwünschten Nebenwirkungen, wie z. B. Missbrauch und Zurückhaltung, psychiatrische und psychotherapeutische Dienste in Anspruch zu nehmen, führen [5, 6]. Therapien wurden im Rahmen der kulturellen Adaptation häufig verkürzt, um z. B. Arbeitszeiten zu berücksichtigen. Um den beruflichen und wohnlichen Herausforderungen von Geflüchteten in Deutschland gerecht zu werden und die Teilnahmequote zu verbessern, verringerte Kananian et al. die Anzahl der Sitzungen [7]. Kumpfer zeigte, dass das Verkürzen der Programmdauer oder das Eliminieren kritischer Inhalte die Patient*innenretention um bis zu 40 % steigern, aber auch die positiven Effekte verringern können [8].

Kultur umfasst die gemeinsame Lebenswelt einer sozialen Gemeinschaft, einschließlich der äußeren Umgebungsbedingungen und der Denk-, Empfindungs- und Handlungsmuster [9]. Die arabische Kultur wurde intensiv erforscht, wobei die Frage besteht, ob alle arabischen Länder als Einheit betrachtet werden sollten. Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber, ob kulturelle Werte auf alle arabischen Länder verallgemeinert werden können. Einige Forschende sehen Gemeinsamkeiten, während andere auf Unterschiede hinweisen [10]. Die arabische Kultur erstreckt sich über eine große geografische Region – vom atlantischen Rand Afrikas über den nördlichen Teil des Kontinents bis zum Arabischen Golf und vom Sudan bis in den Nahen Osten – weshalb oft von der "arabischen Kultur" als einer Einheit gesprochen wird [11].

Weltweit lassen sich nur wenig Studien zur kulturellen Adaptation von therapeutischen Versorgungsangeboten für Arabisch sprechende Patient*innen mit einer Depression finden. Damra et al. [10] beschrieben die Adaptation einer traumafokussierten kogni-

tiven Gruppenverhaltenstherapie (TF-KVT) für die Depression und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die in einer Stichprobe von 18 misshandelten Kindern in Jordanien untersucht wurde. Die kulturelle Adaptation beinhaltete die Hin- und Rückübersetzung von Englisch in Arabisch; Expert*innen bestimmten Dauer und Anzahl der Sitzungen sowie die Interventionen zur Erreichung der Therapieziele [11]. Churbaji et al. [12] beschrieben die Übersetzung und kultursensible Adaptation eines klinischen Interviews zur Diagnostik psychischer Störungen auf Hocharabisch und führten eine Validierungsstudie an einer Arabisch sprechenden Geflüchtetenstichprobe in Deutschland durch. An dem mehrstufigen Adaptationsprozess waren psychiatrisch-psychotherapeutische Expert*innen beteiligt, die sowohl mit der westlichen als auch der arabischen Kultur vertraut waren; eine Pilotstudie liefert erste Hinweise für die Validität der Übersetzung des Interviews [12].

Inhalte der kulturellen Adaptation

Sprachliche Änderungen spielen bei der Adaptation eine besondere Rolle. Venuti [13] grenzt die direkte oder wörtliche Übersetzung von indirekter schräger Übersetzung ab, die angewandt wird, wenn der Inhalt der Ausgangssprache in der Zielsprache unbekannt ist. Resnicow et al. [14] differenzierten zwischen oberflächlicher und tiefer Adaptation. Die oberflächliche Adaptation bezieht sich auf die Änderung von Inhalten, die sich mit beobachtbaren und oberflächlichen Aspekten der Kultur der Zielgruppe befassen, wie z. B. Metaphern, Abbildungen und Bezeichnungen für Musik, Essen oder Kleidung [14]. Die tiefe Adaptation berücksichtigt tiefgreifendere kulturelle, soziale, historische, umweltbedingte und psychologische Faktoren, die das Gesundheitsverhalten in der Zielbevölkerung beeinflussen, wie z. B. *Cultural Concepts of Distress (CCD)* oder Erklärungsmodelle zu Ursachen, Verlauf und Behandlung von Erkrankungen [6, 14]. Anschaulich wird die Bedeutung der tiefen Adaptation z. B. am Umgang mit Geschlechterrollen und möglichen Präferenzen von Patient*innen bezüglich des Geschlechts von Mitpatient*innen und Behandler*innen. Für Patient*innen kann es wichtig sein, in geschlechtlich getrennten Gruppen behandelt zu werden, beispielsweise Mütter mit ihren erkrankten Töchtern oder Väter mit ihren erkrankten Söhnen [11]. Solche Präferenzen können für Therapeut*innen wenig vertraut sein, so dass sie in der kulturellen Adaptation adressiert werden [15].

Vorgehen bei der kulturellen Adaptation

Nicht alle Interventionen erfordern das gleiche Maß an kultureller Adaptation und der Adaptationsprozess unterscheidet sich nach Art der Therapieanwendung (z. B. Einzel- versus Gruppentherapie) [16]. Im *Cultural Treatment Adaptation Framework* [17] wird zwischen Kern- und peripheren Komponenten der Adaptation unterschieden. Die Kernkomponenten können auf einem Kontinuum verändert werden oder unverändert erhalten bleiben (*no change*). Die periphere Adaptation umfasst Anpassungen in Bezug auf das Engagement (Fähigkeit einer Behandlung, Teilnehmende zu erreichen und erfolgreich in die Intervention einzubeziehen, z. B. über Anpassung des Zugangs zur Behandlung) und die Behandlungsdurchführung (Materialien und Semantik, kulturelle Beispiele und Themen, therapeutischer Rahmen wie Sitzungsstruktur, Ausrichtung der Behandler*in-Patient*in-Beziehung und Person/Ort) [17]. Heim und Kohrt [16] untergliederten den Adaptationsprozess in

die drei Hauptelemente *Treatment Delivery*, das der oberflächlichen Adaptation entspricht, sowie *CCD* und *Treatment Components*, die der tiefen Adaptation entsprechen. Vor dem Adaptationsprozess können über halbstrukturierte Interviews z. B. mittels des *Cultural Formulation Interviews* [18] subjektive Krankheitstheorien und Lebensrealitäten der Zielgruppe erfasst werden [16].

Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)

Das Metakognitive Training bei Depression [19] ist ein präsentationsgestütztes Gruppentherapieverfahren zur Behandlung depressiver Episoden, das auf den Strukturen der Metakognitiven Therapie (MKT) für Psychose basiert und mit den Prinzipien und Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) vereinbar ist. Das D-MKT beinhaltet acht Module, bei denen die Identifikation und Korrektur von (meta-) kognitiven Verzerrungen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beteiligt sind, gefördert wird [19, 20]. MKTs werden in verschiedenen Ländern seit vielen Jahren sehr erfolgreich eingesetzt, z. B. wurde das MKT Psychose in 39 Sprachen übersetzt. Das D-MKT ist nicht nur in 19 Sprachen verfügbar, sondern kommt in Europa, Asien (v. a. in China, Japan und Indien) sowie in mehreren arabischen Ländern (v. a. im Iran) zum Einsatz. Das D-MKT erwies sich in der klinischen Praxis als leicht zugänglich; die Akzeptanz für das Gruppentraining zeigte sich auch bei wenig Psychotherapie-affinen Betroffenen als hoch. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, das D-MKT für Arabisch sprechende Patient*innen mit Fluchterfahrung in Deutschland kulturell zu adaptieren und die Adaptation zu pilotieren.

Methode

Kulturelle Adaptation des D-MKT

Die kulturelle Adaptation erfolgte, basierend auf Empfehlungen und Erfahrungen publizierter Studien mit ähnlicher Zielsetzung [7, 10, 21] in zwei Phasen: 1) Übersetzung und Oberflächenadaptation, und 2) Expert*innendiskussion.

Übersetzung und Oberflächenadaptation

Übersetzung und Oberflächenadaptation der Trainingsmaterialien von Deutsch bzw. Englisch in Arabisch nahm eine Übersetzerin mit Medizinstudium (Geburtsland: Jordanien, Arabisch: Muttersprache, Deutsch/Englisch: C1) vor. Die Materialien umfassten 8 Power-Point-Präsentationen bestehend aus etwa 600 teilweise bebilderten Folien, Gruppenregeln, Studieninformationen, Einwilligungserklärung und einem Fragebogen zur Modulbewertung. Nach der Übersetzung wurden mithilfe von Wörterbüchern und arabischer Fachliteratur die Fachterminologie, Verständlichkeit und sprachliche Genauigkeit überprüft. Dabei wurden auch Alternativübersetzungen für Fachbegriffe gesucht und validiert. Die oberflächliche Adaptation beinhaltete die Anpassung an beobachtbare soziale und Verhaltensmerkmale der Zielgruppe (z. B. Orte, Musik, Lebensmittel, Marken, Kleidung). Wenn die Situation, auf die sich eine Metapher oder Redewendung bezog, in der Arabischen Kultur wenig bekannt war bzw. keine wörtliche Übersetzung zuließ, wurde die situative Äquivalenz als Übersetzungsmethode angewandt. Für die situative Äquivalenz wurden nach einer gleichwertig erscheinenden Situation gesucht [13].

Expert*innendiskussion

An einer moderierten Expert*innendiskussion nahmen $n = 7$ Expert*innen für Psychotherapie, Medizin, Sprachmittlung und Interkulturelle Kommunikation teil. Von den in Deutschland, Jordanien, Syrien oder Ägypten geborenen Expert*innen (Altersrange: 24–63 Jahre) hatten $n = 2$ eigene Fluchterfahrungen, identifizierten sich $n = 4$ als weiblich sowie $n = 3$ als männlich und sprachen $n = 5$ Arabisch als Muttersprache. Die Rekrutierung der Expert*innen erfolgte über die beruflichen Netzwerke der an der Studie beteiligten Wissenschaftler*innen und Behandler*innen. Die Moderation der Expert*innendiskussion erfolgte durch eine den Expert*innen nicht bekannte Moderatorin auf Arabisch und Deutsch. Im Rahmen der Diskussion wurden a) $k = 103$ Formulierungen (Sätze oder Worte), die von der Übersetzerin in Hinblick auf die kontextuelle Äquivalenz als schwierig zu übersetzen bewertet wurden, sowie b) alle $k = 27$ auf den Folien enthaltenen Abbildungen besprochen.

Die Expert*innen gaben während des Treffens in einem Online-Fragebogen auf einer 3-stufigen Skala (1 = *unproblematisch*, 2 = *problematisch*, 3 = *unsicher/weiß nicht*) per Smartphone oder Tablet an, wie problematisch sie über einen Beamer präsentierte Erstübersetzungen (ergänzt durch die Originalformulierung auf Deutsch) bzw. Abbildungen für die Zielgruppe einschätzten. Für Übersetzungen und Abbildungen, die von mehr als der Hälfte der Expert*innen als *problematisch* oder *unsicher* eingeschätzt wurden, suchten sie Alternativen. Um bei dem mehrheitsbasierten Vorgehen sicher zu stellen, dass wichtige Einwände, die einzelne Personen aus dem Expert*innengremium durch eine bestimmte Positionierung berechtigterweise einbringen, nicht übersehen werden, erhielten die Expert*innen nach Rückmeldung des jeweils abgegebenen Bewertungsergebnisses Gelegenheit, sich zu äußern, Einwände einzubringen und diese in der Gruppe zu diskutieren. Änderungsvorschläge wurden diskutiert, bis angesichts regionaler, sozioökonomischer und dialektaler Unterschiede in der Zielgruppe ein Konsens erzielt wurde. Neue Abbildungen wurden über Stockphoto-Datenbanken gesucht oder von einer Illustratorin gezeichnet.

Pilotstudie zum kulturell adaptierten Gruppentraining

Im Rahmen einer nicht-kontrollierten prospektiven Interventions-Pilotstudie wurden von 2020 bis 2022 die Verständlichkeit, Akzeptanz und Durchführbarkeit des kulturell adaptierten D-MKTs (KA-D-MKT) nach jedem Modul geprüft.

Stichprobe

Die Einschlusskriterien für die Studie waren ein Lebensalter zwischen 18 und 65 Jahren, das Vorliegen einer depressiven Störung (Major Depression, Dysthymie, rezidivierende depressive Störung) und mündliche Sprachkenntnisse in Arabisch. Eine Alphabetisierung wurde nicht vorausgesetzt. Die Teilnehmenden sollten innerhalb der letzten 10 Jahre einen Asylantrag gestellt haben. Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer bipolaren Störung, akute psychotische Symptome, aktuelle Substanzmittelabhängigkeit, Demenz oder akute Suizidalität.

Rekrutiert wurde in der psychiatrischen Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll in Hamburg, in deren Einzugsgebiet sich mehrere Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete befanden. Behandler*innen konnten passende Patient*innen zur Studie anmelden. Periphere

kulturelle Adaptationen des Trainings umfassten Anpassungen in Bezug auf einen möglichst leichten Zugang der Zielgruppe zur Behandlung [17]. Zur Erhöhung der Akzeptanz innerhalb der Klinik wurden Vorträge in Psychiatrie- und Abteilungskonferenzen gehalten und Flyer über Postfächer an alle Behandler*innen der Klinik verteilt. Durch einen generellen Rückgang der Geflüchtetenzenzahlen, veränderte Unterbringungsbedingungen für Asylbewerber*innen im Kliniksektor sowie durch Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie waren weitere Rekrutierungsstrategien erforderlich. Informationsmaterialien wurden daraufhin in Hamburg an Hausärzt*innen, Arabisch sprechende niedergelassene und stationär tätige Fachärzt*innen sowie Einrichtungen für Geflüchtete (z. B. für Deutsch- und Integrationskurse) verschickt [22].

Von $n = 54$ angemeldeten Personen kamen $n = 33$ zur Eingangsdiagnostik, von denen $n = 11$ an der Studie teilnahmen (Teilnahmequote = 33 %). Gründe für eine Nicht-Teilnahme waren laut einer Interviewstudie mit $n = 7$ Nicht-Teilnehmenden vorrangig Terminschwierigkeiten, zu lange Anfahrten, gesundheitliche Probleme, Präferenz einer Einzelbehandlung, fehlendes Interesse oder Zweifel an der Wirksamkeit [22].

Instrumente

Alle Instrumente wurden auf Arabisch übersetzt, die nicht alphabetisierten Patient*innen vorgelesen wurden.

Soziodemographie. Mit 14 selbstentwickelten Items wurden die soziodemographischen Daten der Patient*innen (Geschlecht, Alter, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Muttersprache, Schulbildung, Beruf im Heimatland, Dauer der Flucht nach Deutschland, Datum des Asylantrags, Familienstand, Kinderanzahl, Wohnsituation) erhoben. Die Fragen waren über Multiple-Choice-Antwortmöglichkeiten (z. B. männlich, weiblich oder divers) oder freitextlich (z. B. Staatsangehörigkeit) zu beantworten.

Verständlichkeit und Akzeptanz. Akzeptanz, Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge wurden über elf selbstentwickelte Fragen erfasst. Die Items basieren auf einem Fragebogen zur subjektiven Beurteilung der Behandlung [23], der zur Bewertung der DMKT-Module entwickelt wurde. Neun Items (z. B. „Ich habe die Trainingseinheit als hilfreich für meinen Alltag empfunden.“) waren über 5-stufige, symbolische Ratingskalen (☉ = trifft völlig zu bis ☉ = trifft gar nicht zu) zu beantworten; zwei Items waren im Freitext zu beantworten (z. B. „Das hat mir heute am besten gefallen“).

Wohlbefinden. Es wurde ein Item („Wie fühlen Sie sich jetzt gerade?“) eingesetzt, um das Wohlbefinden der Patient*innen zu erheben. Das Item war über eine 5-stufige symbolische Ratingskala (☉ = sehr gut bis ☉ = gar nicht gut) zu beantworten.

Durchführung

Nach Übersetzung und kultureller Adaptation wurden von den Foliensätzen eine Patient*innen-Version auf Arabisch und eine Behandler*innen-Version auf Deutsch erstellt. Eine wesentliche Peripheradaptation zu Person/Ort [17] stellt die Einbindung von Dolmetscher*innen in das Training dar. Anders als im Originaltraining wurden auf Wunsch der Patient*innen geschlechtergetrennte Gruppen angeboten.

Die Patient*innen nahmen an 10 wöchentlich stattfindenden 90-minütigen Sitzungen in Gruppenräumen der Klinik teil. In der ersten und letzten Sitzung wurden die Eingangs- und Abschlussdiagnostik

durchgeführt. Jeweils ein/eine von $n = 4$ geschulten und supervidierten Psychologischen Psychotherapeut*innen aus der deutschen Mehrheitsgesellschaft (approbiert oder in Ausbildung, $n = 3$ weiblich) leitete die Sitzungen. Zur Sprachmittlung begleiteten eine Dolmetscherin und/oder eine männliche Arabisch sprechende studentische Hilfskraft alle Sitzungen.

Insgesamt wurden vier Durchläufe des Gruppentrainings (Range: 1–6 Patient*innen pro Gruppe) durchgeführt; davon je einer als reine Frauen- bzw. Männergruppe. Verpasste Termine konnten im Folgedurchlauf der jeweiligen (ggf. geschlechtergetrennten) Gruppe nachgeholt werden, was jedoch von keiner teilnehmenden Person in Anspruch genommen wurde. Nach jeder Sitzung wurden Wohlbefinden, Akzeptanz und Verständlichkeit per Fragebogen erfasst (5–15 min). Als erhielten die Teilnehmenden 40 Euro für alle Befragungen. Vor Studienbeginn wurde das Votum der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg eingeholt (03/2019-PtK-HH).

Ergebnisse

Ergebnisse der kulturellen Adaptation

Bewertung und Veränderung problematischer Erstübersetzungen

Etwa 83 % der Erstübersetzungen ($k = 86$) wurden von mehr als 60 % der Expert*innen als *unproblematisch* und 6 % ($k = 6$) mehrheitlich als *problematisch* bewertet; bei $k = 3$ (3 %) der Übersetzungen waren mehr als 60 % *unsicher*. Bei $k = 4$ (4 %) bzw. $k = 3$ (3 %) Übersetzungsvorschlägen gaben jeweils 40 % der Expert*innen die Bewertungen *problematisch* oder *unproblematisch* bzw. *unproblematisch* oder *unsicher* ab; eine Übersetzung bewerteten jeweils 40 % mit *problematisch* und *unsicher*.

Beispielsweise wurde die Übersetzung der Frage „Kennen Sie das?“ angesichts des sehr kurzen Satzformats und des schwer zu übersetzenden Wortes „kennen“ von mehr als 60 % der Expert*innen als *problematisch* eingeschätzt. Um die Bedeutung des Wortes „kennen“ auf Arabisch zu erhalten, wurde die Frage mit „Kennen Sie Ähnliches von sich?“ übersetzt. Um im Satz „Der Kopf könnte weich landen.“ die schwierige Übersetzung des Wortes „landen“ zu lösen, wurde die Alternative „Der Kopf könnte sanft fallen.“ gefunden. Die Redewendung „Eigenlob stinkt“ hätte nach Expert*innenmeinung durch eine wörtliche Übersetzung ihre Bedeutung verloren. Als Redewendung mit gleicher Bedeutung wurde in der Diskussion die alternative Redensart „Wer sich lobt, der lügt“ gefunden.

Bewertung und Veränderung von Abbildungen

Von den $k = 27$ Abbildungen wurden $k = 21$ Bilder (78 %) von mehr als 60 % der Expert*innen als *unproblematisch* bewertet bzw. waren sie sich bei $k = 3$ Abbildungen (11 %) *unsicher*. Bei $k = 3$ Abbildungen gaben jeweils 40 % der Expert*innen die Bewertungen *problematisch* oder *unproblematisch* an.

Als mehrheitlich (*unsicher*) *problematisch* wurde z. B. das Bild einer Wahrsagerin mit einer Glaskugel bewertet, da das Schauen einer Frau in eine Glaskugel laut der Expert*innen nicht nur als das gemeinte „In-die-Zukunft-sehen“ verstanden würde, sondern auch auf Hexen oder Verfluchen, das in der arabischen Kultur eine besondere Rolle einnimmt, hinweisen könne. Die Expert*innen

empfehlen, das Vorausagen der Zukunft über das Hand-, Karten- oder Kaffeesatzlesen darzustellen. Problematisiert wurde zudem das Bild einer Frau in einem rückenfreien Kleid. Die Expert*innen vermuteten, dass der möglicherweise unvertraute Blick auf den unbedeckten Rücken einer Frau in der Zielgruppe Gefühle von Verunsicherung und Unwohlsein auslösen könnte, und empfahlen eine Abbildung mit einer Frau in rückenbedeckender Kleidung.

Ergebnisse der Pilotstudie

Stichprobenbeschreibung

Die $n = 11$ teilnehmenden Patient*innen waren im Durchschnitt 50,1 Jahre alt ($SD = 11,21$); 64 % ($n = 7$) identifizierten sich als weiblich und 36 % ($n = 4$) als männlich. Herkunftsländer waren neben dem Irak und Syrien (je $n = 4$, 63 %) Palästina ($n = 2$, 18 %) und der Iran ($n = 1$, 9 %). Die Patient*innen kamen im Durchschnitt 5 Jahre vor Beginn der Studie nach Deutschland ($SD = 1,64$). Das Bildungsniveau der Teilnehmer variierte zwischen 0 und 16 Jahren Schulbildung ($M = 10,64$, $SD = 4,52$).

Etwa 27 % der teilnehmenden Patient*innen waren im Heimatland Schüler*in oder Student*in ($n = 3$), während jeweils 9 % dieser Patient*innen als Beamter/Beamtin, Hausfrau/Hausmann, Verkäufer*in und Lehrer*in in ihrem Heimatland tätig waren (je $n = 1$). Jeweils 27 % ($n = 3$) der Patient*innen hatte keine oder drei Kinder. Bei 18 % ($n = 2$) lag die Kinderanzahl bei 2, während jeweils 9 % ($n = 1$) 4 bzw. 9 Kinder hatten. Bei 64 % der Patient*innen betrug der Fluchtweg weniger als einen Monat ($n = 7$), bei 18 % weniger als eine Woche ($n = 2$), und bei 9 % weniger als sechs Monate ($n = 1$). Etwa 82 % der Teilnehmenden hatte Familienangehörige in Hamburg ($n = 9$); 91 % lebten in einer eigenen Wohnung ($n = 10$), während 9 % in einer Gemeinschaftsunterkunft wohnten ($n = 1$).

Akzeptanz und Verständlichkeit des Gruppentrainings

Während der Pilotstudie nahmen zwischen 8 und 11 Teilnehmer*innen an den Modulen teil (Teilnahmequote: 73 % – 100 %). Die durchschnittliche Bewertung der Module rangierte zwischen 4,4 und 4,7 (trifft völlig zu oder trifft eher zu). Etwa 86 % der Bewertungen für das Item „Ich habe etwas Neues gelernt“ waren über alle Module hinweg als trifft völlig zu oder trifft eher zu. Das Item „Meine Werte und Traditionen wurden beachtet“ bewerteten alle Patient*innen über die acht Module hinweg mit trifft völlig zu oder trifft zu. Das 4. Modul zum Thema Selbstwert wurde im Mittel mit 4,7 (trifft völlig zu, $SD = 0,2$) und damit am besten bewertet. Insgesamt waren 97 % der Bewertungen zu diesem Modul die Antwortoptionen trifft völlig zu (5) oder trifft eher zu (4). Das erste Modul zum Thema Denken und Schlussfolgern (Teil 1) wurde mit durchschnittlich 4,4 (trifft eher zu, $SD = 0,5$) am schlechtesten bewertet; 89 % der Antworten zu diesem Modul waren die Antwortoptionen trifft völlig zu (5) oder trifft eher zu (4) (siehe ► **Abb. 1**).

Das Wohlbefinden der Patient*innen variierte im Verlauf der Gruppentrainings. Während die Teilnehmenden ihr Wohlbefinden im ersten Modul im Mittel mit 3,3 (ausreichend, $SD = 1,2$) bewerteten, gaben sie im vierten Modul eine durchschnittlichen Bewertung von 4,8 (sehr gut, $SD = 1,7$) ab (siehe ► **Abb. 2**). Das Wohlbefinden nahm vom ersten bis zum vierten Modul zu, war im fünften und sechsten Modul rückläufig und erhöhte sich bis zum Ende des Programms wieder.

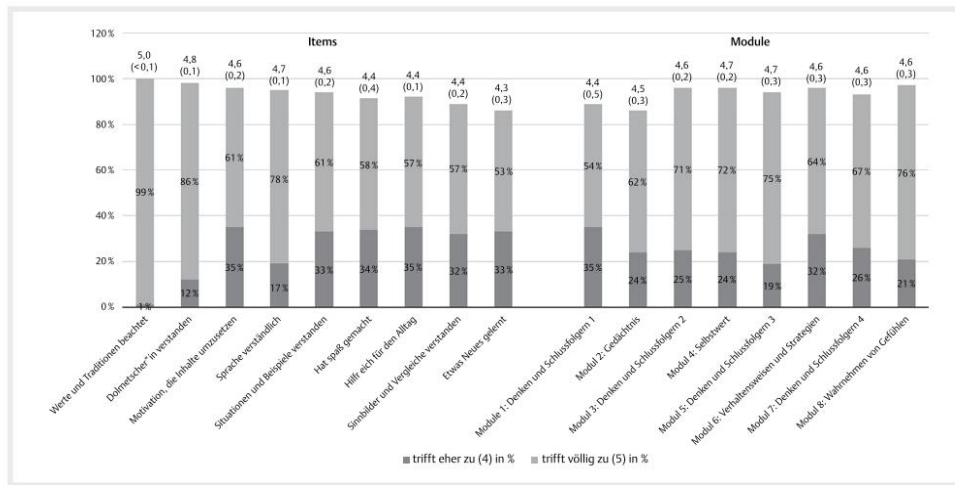
Freitextliche Rückmeldungen bezogen sich ausschließlich auf generelle Wahrnehmungen, wie z. B. ein hohes Sprechtempo, die Wirkung von hoch belastenden Patient*innen auf die Gruppe oder auf die eigene Motivation.

Diskussion

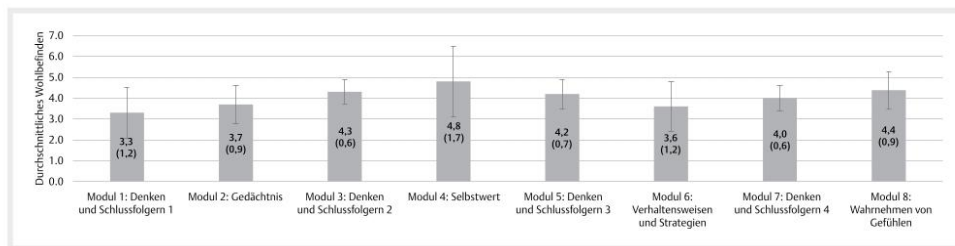
Untersucht wurde wie ein Gruppentraining für Depression, das D-MKT, kultursensibel für Arabisch sprechenden Geflüchtete angepasst werden kann, um eine hohe Akzeptanz und Verständlichkeit der Zielgruppe für die Behandlung durch die Berücksichtigung kultureller Unterschiede und Besonderheiten der arabischen Kultur zu erzielen. Die Arabische Version des Trainings wurde in einem aufwendigen Übersetzungs- und Adaptationsprozess in Zusammenarbeit mit Expert*innen entwickelt. Im Adaptationsprozess zeigten sich, dass zahlreiche sprachliche Anpassungen über die reine Übersetzung hinaus notwendig waren und einige Abbildungen für die Zielgruppe ausgetauscht werden mussten. Die Ergebnisse der Befragung in der Pilotstudie zeigen, ähnlich wie Untersuchungen zur kulturellen Adaptation von Therapien für andere Störungsbilder [7, 24], eine hohe Akzeptanz der Teilnehmer*innen für das kulturell adaptierte Training. Die hohen Zustimmungsraten zu Bewertungskriterien wie u. a. zur Beachtung von Werten und Traditionen können eine Erklärung für die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der Zielgruppe in der Pilotstudie liefern. Kananian et al. [7] zu Folge spielt die Akzeptanz einer Therapie eine wichtige Rolle für Veränderungen und die Effektivität einer Behandlung. Es steht noch eine kontrollierte Untersuchung der Wirksamkeit des KA-D-MKT aus, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Reduktion der depressiven Symptomatik.

Interessant erscheinen aber auch die vergleichsweise geringen Zustimmungsraten beim Item „Ich habe etwas Neues gelernt“, die möglicherweise durch eine der potentiellen Nebenwirkungen des D-MKTs erklärt werden können. In einer Untersuchung zu den Nebenwirkungen des D-MKT wurde festgestellt, dass bei einigen Teilnehmenden eine Enttäuschung über den subjektiven Nutzen des Trainings auftrat, da sie hohe Erwartungen an die Intervention hatten [25]. Zukünftige Studien könnten sich spezieller mit den Erwartungen von geflüchteten Patient*innen an psychotherapeutische Behandlungen befassen, um mögliche Enttäuschungen zu verhindern oder zumindest abzufedern, indem realistische Erwartungen vermittelt werden.

Die Wirkung von Akzeptanz und Verständnis im Rahmen einer Therapie auf das individuelle Wohlbefinden ähnelt der entscheidenden Bedeutung einer positiven therapeutischen Allianz für den Erfolg therapeutischer Veränderungsprozesse [25]. Insgesamt zeigt sich ähnlich wie in der Studie von Heim et al. [26], einer randomisierten kontrollierten Studie zur Überprüfung der Durchführbarkeit einer kulturell adaptierten Intervention, dass sich das Wohlbefinden der Teilnehmenden nach den Sitzungen im Verlauf der acht Module im Durchschnitt erhöhte. Die verhältnismäßig geringen Wohlbefindenswerte nach dem fünften und sechsten Modul lassen sich als Hinweise für ein möglicherweise etwas geringeres Verständnis der Bilder, Vergleiche, Situationen und Beispiele in diesen Modulen interpretieren. Sinnbilder und Vergleiche wurden im zweiten und fünften Modul vergleichsweise am schlechtesten bewertet, Situationen und Beispiele im sechsten Modul. Das am geringsten



► **Abb. 1** Durchschnittliche Bewertung in MW (SD) und relative Häufigkeit in % der Antwortoptionen *trifft zu (4)* und *trifft völlig zu (5)* auf Item- und Modulebene in der Patient*innengruppe ($n = 11$) im Verlauf der acht Module des kulturell adaptierten D-MKT. Anmerkungen: Ratingskala von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft völlig zu*.



► **Abb. 2** Durchschnittliches Wohlbefinden der Patient*innen ($n = 11$) im Verlauf der acht Module des kulturell adaptierten D-MKT, in MW (SD). Anmerkungen: Ratingskala von 1 = *sehr schlecht* bis 5 = *sehr gut*.

eingeschätzte Wohlbefinden der Teilnehmenden in dem ersten Modul weist möglicherweise auf Verunsicherung und Unbehagen der Patient*innen zu Beginn der Gruppenintervention hin.

Limitationen der Studie

Folgende Limitationen der vorliegenden Studie sollten berücksichtigt werden. Die Adaptation basierte auf dem Stand der aktuellen Forschung sowie auf Entscheidungen aus einem Expert*innenentwurf. Die Entscheidungen aus dem Expert*innenentwurf repräsentieren lediglich die subjektiven Meinungen der Expert*innen. Die Erfassung des Wohlbefindens erfolgte im Gegensatz zur Methode von Heim et al. [26] lediglich unmittelbar nach jeder Sitzung. Die vorherige Stimmung der Patient*innen beeinflusste dabei vermutlich ihr Wohlbefinden während und nach der Sitzung sowie ihr Verständnis und den Lernerfolg. Anstatt das

Wohlbefinden der Teilnehmenden über einen definierten Zeitraum hinweg zu verfolgen, um die generellen Auswirkungen der Therapie zu messen, fokussierte sich die vorliegende Studie darauf, neben Akzeptanz und Verständnis für die adaptierte Therapie das Wohlbefinden der Teilnehmenden im Verlauf u. a. auch als unmittelbares Feedback für die durchführenden Behandler*innen zu erheben. Die Auswertung der für das KA-D-MKT zu drei Messzeitpunkten erhobenen Daten zu primären und sekundären Outcomes, einschließlich depressiver Symptomatik, objektiver sowie subjektiver Integration und gesundheitsbezogener Lebensqualität, steht aus. Ähnlich wie die Untersuchung von Reich et al. [27], die die Akzeptanz und Durchführbarkeit einer kulturadaptierten, webbasierten Intervention untersuchte, beruht die Pilotstudie zum kulturell adaptierten D-MKT für Arabisch sprechende Geflüchtete auf einer kleinen, für die Zielgruppe hinsichtlich verschiedener Merkmale

nicht repräsentativen Stichprobe, die keine Generalisierung der Ergebnisse erlaubt. Die Teilnehmer*innen in der Pilotstudie waren mit einem Anteil von 64% mehrheitlich weiblich, obwohl ihr Anteil in der Gruppe der syrischen Geflüchteten in Deutschland etwa 26,4% beträgt und in der Gruppe der Geflüchteten aus dem Irak etwa 39,1%, da mehrheitlich Jungen und Männer in westliche Exilländer wie Deutschland fliehen [1]. Allerdings war angesichts des Inanspruchnahmeverhaltens von Mädchen und Frauen in Bezug auf ärztliche bzw. therapeutische Hilfen [28] ein größerer Anteil an Frauen in der Stichprobe zu erwarten. Studien zeigen, dass Mädchen und Frauen mehr Symptome registrieren, eine aktivere Beschwerdeschilderung zeigen und Dienstleistungen von Krankenhäusern deutlich häufiger in Anspruch nehmen als Männer [28]. Akhtar et al. [24] führten eine Studie zur Untersuchung der Akzeptanz von psychosozialen Programmen in einem Geflüchtetenlager durch. Dabei identifizierten sie Bereiche, die für die Adaptation im Hinblick auf eine endgültige kulturadaptierte Version relevant sind. Zudem rekrutierten sie für ihre Studie mehr weibliche als männliche Patientinnen, beschrieben einerseits die positive Reaktion geflüchteter Frauen auf die Einladung zur Therapie sowie andererseits Verpflichtungen der Männer als Familienoberhaupt und Ernährer der Familie als Hindernisgrund für eine Therapieaufnahme. Allerdings nahmen in der Studie von Churbaji et al. [12], in der die Übersetzung und kultursensible Adaptation eines diagnostischen Verfahrens zur Erfassung psychischer Störungen ins Hocharabische durch einen mehrstufigen Adaptationsprozess beschrieben wurde, mehr männliche als weibliche Patient*innen teil; erklärt wurde der Unterschied in der Teilnahmebereitschaft zwischen beiden Geschlechtern mit dem Geschlechterverhältnis der in Deutschland ankommenden Geflüchteten. In zukünftigen Studien zum kulturell adaptierten D-MKT sollten daher Schwächen und Optimierungsoptionen bei den Rekrutierungsstrategien geprüft werden, um explizit auch Männer anzusprechen und für das Training motivieren. Zu hinterfragen ist, ob bzw. inwiefern die Patient*innen, die sich in der Pilotstudie zur Teilnahme am Training bereit erklärten, in Bezug auf ihre Aufgeschlossenheit gegenüber therapeutischen Angeboten repräsentativ für die Zielgruppe waren. Vermutet werden kann, dass nur Teilnehmer*innen, die einer Psychotherapie gegenüber aufgeschlossen waren, die Gruppenbehandlung akzeptierten. Geflüchtete mit arabischem Hintergrund, die einer Psychotherapie skeptisch gegenüberstehen, wurden in der Untersuchung möglicherweise nicht berücksichtigt. Die Nichtbetrachtung aller betroffenen Patient*innen kann Auswirkungen auf die Genauigkeit der Ergebnisse und die Zuverlässigkeit der Schlussfolgerungen aus der Studie haben. In zukünftigen Studien sollten durch Informationsveranstaltungen mögliche Vorbehalte der Patient*innen identifiziert und reduziert werden. In der vorliegenden Pilotstudie wurde zunächst keine tiefe Strukturadaptation des Gruppentherapieprogramms vorgenommen. Eine tiefe Strukturadaptation wäre in einem nächsten Schritt erfolgt, hätte die Akzeptanzprüfung ergeben, dass diese nicht hinreichend gegeben ist. Nicht untersucht und beantwortet werden konnte daher aber, ob eine tiefe Strukturadaptation – über eine kulturellen Anpassung westlicher Manuale hinaus – notwendig ist bzw. welche Anpassungen welche Effekte, z. B. in Bezug auf die Akzeptanz, Verständlichkeit oder auf primäre Outcomes wie der depressiven Symptomatik, bringen.

Implikationen für Forschung und Praxis

Trotz dieser Einschränkungen liefert die Studie wertvolle Erkenntnisse zur kulturellen Adaptation von Therapieangeboten mit dem Fokus auf deren Akzeptanz und Verständlichkeit. Gezeigt werden konnte, dass die kulturelle Anpassung des in Deutschland entwickelten D-MKTs von an Depression leidenden Arabisch sprechenden Geflüchteten in Deutschland angenommen wurde und damit für diese wenig versorgte Patient*innengruppe ein Therapieangebot geschaffen werden konnte. Okamoto et al. [29] argumentieren in ihrer Analyse zu Entwicklungsansätzen für kulturbezogene Präventionsmaßnahmen dafür, selbst kulturell generische oder nicht angepasste Versionen eines Curriculums für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen, die sich als wirksam erwiesen haben, angesichts ihrer Wirkung auf die öffentliche Gesundheit schnell in größerem Umfang umzusetzen. Die vielversprechende Intervention sollte dennoch perspektivisch in einer randomisierten kontrollierten Studie mit einer größeren und ausgeglicheneren Stichprobe weiter untersucht werden. Die Untersuchung ergibt Anregungen für die Entwicklung und Verbesserung von Therapieprogrammen, die für immigrierte Menschen zugänglich und verständlich sein sollen. Die Erfassung und Beschreibung der Akzeptanz durch die Patient*innen sowie die Lösungen für Teilnahmebarrieren können als Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsarbeiten dienen, um diese Herausforderungen zu berücksichtigen und zu überwinden. Über eine vergleichende Analyse zwischen nicht-adaptierten und adaptierten Versionen der Therapie könnte perspektivisch ermittelt werden, welche Schritte bei der Adaptation zu einer höheren Akzeptanz und Verständlichkeit führen, um den Adaptationsprozess zu effektivieren. Um die Umsetzung neuer Adaptationssysteme [16] zu erleichtern und zu überprüfen, sollte eine Bewertung des CCD in der Zielbevölkerung unter Verwendung geeigneter Instrumente durchgeführt werden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass laut zahlreicher Studien vor allem Postmigrationsfaktoren, z. B. wie ein unsicherer Asylstatus, das Leben in Gemeinschaftsunterkünften und Diskriminierung, einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland haben [30], die nicht nur therapeutisch, sondern auch politisch und institutionell adressiert werden sollten.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Das D-MKT wurde in Arabisch übersetzt und evaluiert. Die finale Version des KA-D-MKTs ist kostenfrei online verfügbar unter <https://clinical-neuropsychology.de/ka-dmkt/>.
- Das KA-D-MKT erreicht mit der Berücksichtigung kultureller Besonderheiten eine hohe Akzeptanz und Verständlichkeit in der Behandlung von Arabisch sprechenden Geflüchteten.
- Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob das kulturell adaptierte Training langfristig zu einer Verbesserung der depressiven Symptome der Patient*innen führt.

Fördermittel

Asklepios prorserearch — Projektnummer #3903

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2022.: Asyl, Migration und Integration (November 2023). Im Internet: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2022.html?nn=284738; Stand: 27.05.2024
- [2] Brücker H, Rother N, Schupp J et al. IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign und Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen: 30. Forschungsbericht. Berlin: Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF); 2018
- [3] Hoell A, Kourmpeli E, Salize HJ et al. Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open* 2021. DOI: 10.1192/bjo.2021.54
- [4] Riffer F, Kaiser E, Sprung M et al. Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz: Aktuelle traumaspezifische Konzepte in der Psychosomatik. Berlin Heidelberg: Springer; 2018
- [5] BigFoot DS, Schmidt SR. Honoring children, mending the circle: cultural adaptation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for American Indian and Alaska native children. *J Clin Psychol* 2010; 66: 847–856
- [6] Shala M, Morina N, Burchert S et al. Cultural adaptation of Hap-pas-Hapi, an internet and mobile-based intervention for the treatment of psychological distress among Albanian migrants in Switzerland and Germany. *Internet Interv* 2020; 21: 100339. DOI: 10.17169/refubium-28707
- [7] Kananian S, Ayoughi S, Farugie A et al. Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: a pilot study. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8: 1390362. DOI: 10.1080/2008198.2017.1390362
- [8] Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P et al. Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prev Sci* 2002; 3: 241–246
- [9] Helfrich H. Gegenstandsbereich der Kulturvergleichenden Psychologie. In: Kulturvergleichende Psychologie. Basiswissen Psychologie. Wiesbaden: Springer VS; 2013: 17–26
- [10] Damra JKM, Nassar YH, Ghabri TMF. Trauma-focused cognitive behavioral therapy: Cultural adaptations for application in Jordanian culture. *Counselling Psychology Quarterly* 2014; 27: 308–323
- [11] Obeidat BY, Shannak RO, Masa'deh RMT et al. Toward Better Understanding for Arabian Culture: Implications Based on Hofstede's Cultural Model. *European Journal of Social Sciences* 2012; 28: 512–522
- [12] Churbaji D, Lindheimer N, Schilz L et al. Entwicklung einer Kultursensiblen Version des Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) in hocharabischer Sprache. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2020; 88: 95–104
- [13] Venuti L. The translation studies reader. Repr. London: Routledge; 2003
- [14] Resnicow K, Soler R, Braithwaite RL et al. Cultural sensitivity in substance use prevention. *J Community Psychol*. 2000; 28: 271–290
- [15] Hanft-Robert S, Römer M, Morgenroth O et al. Handlungsempfehlungen für die dolmetschergestützte Psychotherapie mit Flüchtlingen und Asylbewerbern: Ergebnisse qualitativer Interviews mit Psychotherapeuten und Dolmetschern zu Chancen und Herausforderungen in der Triade. *Verhaltenstherapie* 2018; 28: 73–81
- [16] Heim E, Kohrt BA. Cultural Adaptation of Scalable Psychological Interventions: A New Conceptual Framework. *CPE* 2019; 1: 1–22
- [17] Chu J, Leino A. Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85: 45–57
- [18] Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L et al. DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview. First Edition. Washington, District of Columbia: American Psychiatric Association Publishing; 2015
- [19] Jelinek L, Hauschildt M, Moritz S. Metakognitives Training bei Depression (D-MKT): Mit E-Book inside und Trainingsmaterial. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz; 2023
- [20] Jelinek L, Kolbeck K, Moritz S. Metakognitives Training bei Psychose und Depression. *DNP* 2016; 17: 26–32
- [21] Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417–1432
- [22] Metzner F, Uhr C, Rommel A et al. Integrations- und Gesundheitsförderung für psychisch belastete Asylbewerber:innen – Erfahrungen aus dem kulturell adaptierten Metakognitiven Training bei Depression (KA-D-MKT) hinsichtlich Dropout und Nicht-Teilnahme [im Druck]
- [23] Jelinek L, Moritz S, Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *J Affect Disord* 2017; 221: 17–24
- [24] Akhtar A, Giardinelli L, Bawaneh A et al. Feasibility trial of a scalable transdiagnostic group psychological intervention for Syrians residing in a refugee camp. *Eur J Psychotraumatol* 2021; 12: 1932295
- [25] Dietrichkeit M, Hagemann-Goebel M, Nestoriciu Y et al. Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. *Sci Rep* 2021; 11: 7861
- [26] Heim E, Ramia JA, Hana RA et al. Step-by-step: Feasibility randomised controlled trial of a mobile-based intervention for depression among populations affected by adversity in Lebanon. *Internet Interv* 2021; 24: 100380
- [27] Reich H, Zürn D, Mewes R. Engaging Turkish Immigrants in Psychotherapy: Development and Proof-of-Concept Study of a Culture-Tailored, Web-Based Intervention. *CPE* 2021; 3: e5583
- [28] Belz M, Riecher-Rössler A. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb K (Hrsg.) Psychotherapie: Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. 1. Auflage. München: Elsevier; 2017: 553–565
- [29] Okamoto SK, Kulis S, Marsiglia FF, Steiker LK, Dustman P. A continuum of approaches toward developing culturally focused prevention interventions: from adaptation to grounding. *J Prim Prev* 2014; 35: 103–112
- [30] Hajak VL, Sardana S, Verdelli H et al. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Front Psychiatry* 2021; 12: 643704

11. Zusammenfassung deutsch und englisch

In den letzten Jahren suchten zahlreiche Menschen aus Kriegsgebieten wie Syrien und dem Irak Schutz in westlichen Ländern. Geflüchtete weisen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf, insbesondere für Depressionen. Vor diesem Hintergrund wurde zunächst eine systematische Übersichtsarbeit durchgeführt, in der 20 Studien zu psychologischen Interventionen bei geflüchteten Patient*innen berücksichtigt wurden. Die Mehrheit der Interventionen zeigte eine signifikante Reduktion depressiver Symptome, wobei viele Ansätze kulturell angepasst waren.

In einer zweiten Studie wurde das Metakognitive Training für Depressionen (D-MKT) kulturell für arabischsprachige Patient*innen mit Fluchterfahrung adaptiert. Nach einer Übersetzung und Diskussion mit Expert*innen wurde das Programm im Rahmen einer Pilotstudie mit 11 Teilnehmenden auf Verständlichkeit, Akzeptanz und Durchführbarkeit geprüft. Dabei wurden semantische, idiomatische und erfahrungsbezogene Herausforderungen identifiziert und angepasst. Die arabische Version des D-MKT wurde durchweg positiv bewertet und zeigte eine hohe Passung in Bezug auf sprachliche Verständlichkeit und kulturelle Relevanz.

In recent years, numerous individuals from war-torn regions such as Syria and Iraq have sought protection in Western countries. Refugees exhibit a significantly increased risk for mental disorders, particularly depression. Against this background, a systematic review was first conducted, including 20 studies on psychological interventions in refugee patients. The majority of the interventions demonstrated a significant reduction in depressive symptoms, with many approaches being culturally adapted.

In a second study, Metacognitive Training for Depression (D-MCT) was culturally adapted for Arabic-speaking patients with a refugee background. Following translation and discussions with experts, the program was piloted in a study with 11 participants to assess comprehensibility, acceptance, and feasibility. Semantic, idiomatic, and experiential challenges were identified and subsequently adjusted. The Arabic version of the D-MCT was evaluated positively throughout and showed a high degree of fit regarding linguistic comprehensibility and cultural relevance.

12. Literaturverzeichnis

- Adorjan, K., Mulugeta, S., Odenwald, M., Ndeti, D.M., Osman, A.H. & Hautzinger, M. et al. (2017) Psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen in Afrika und dem Nahen Osten : Herausforderungen und Lösungsansätze. *Der Nervenarzt*, 2017, pp. 974–982.
- Akhtar, A., Giardinelli, L., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H. & Whitney, C. et al. (2021) Feasibility trial of a scalable transdiagnostic group psychological intervention for Syrians residing in a refugee camp. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1932295. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1932295>.
- American Psychiatric Association (Ed.) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Pharmakopsychiatrie E.V., Arzneimittelkommission Der Deutschen Ärzteschaft, Arzneimittelkommission Der Deutschen Apotheker, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Von Menschen Mit Behinderung, Chronischer Erkrankung Und Ihren Angehörigen E. V., Bundespsychotherapeutenkammer & Bundesverband Der Angehörigen Psychisch Erkrankter Menschen E., V. et al. (2022) Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Kurzfassung: Version 3.1. Available from: <https://doi.org/10.6101/AZQ/000498>.
- Beiz, M. & Riecher-Rössler, A. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie, pp. 609–625.
- Bernal, G. & Sáez-Santiago, E. (2006) Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 121–132. Available from: <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>.
- BigFoot, S. (2010) Honoring children, mending the circle: cultural adaptation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for American Indian and Alaska native children. *Journal of Clinical Psychology*, 66(8), 847–856. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.20707>.
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2020) *Aktuelle Zahlen: Tabellen Diagramme Erläuterungen*. Available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=5.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2022) *Aktuelle Zahlen: Tabellen Diagramme Erläuterungen*. Available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2023a) *Aktuelle Zahlen: Tabellen Diagramme Erläuterungen*. Available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-januar-2023.pdf?__blob=publicationFile&v=5.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2023b) *Das Bundesamt in Zahlen 2022.: Asyl, Migration und Integration*. Available from: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2022.html?nn=284738>.
- Chu, J. & Leino, A. (2017) Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 45–57. Available from: <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>.
- Damra, J.K.M., Nassar, Y.H. & Ghabri, T.M.F. (2014) Trauma-focused cognitive behavioral therapy: Cultural adaptations for application in Jordanian culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(3), 308–323. Available from: <https://doi.org/10.1080/09515070.2014.918534>.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2021) Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern: Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern in der psychotherapeutischen Versorgung von geflüchteten Kindern, Jugendlichen, ihren Familien und Bezugspersonen: Empfehlungen für die klinische Praxis .
- Dietrichkeit, M., Hagemann-Goebel, M., Nestoriuc, Y., Moritz, S. & Jelinek, L. Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. *Scientific Reports*, p. 7861.

- Domenico Giacco & Stefan Priebe (2015) *Policy brief on migration and health: Mental health care for refugees*.
- Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M.-J., Browne, J.L., Keijzer, K.J.C. de & Buster, M.C.A. et al. (2011) Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011, p. 190.
- Dürr, C. (2021) *Warum kultursensibles Dolmetschen so wichtig ist*. Available from: <https://psy-life.de/magazin/kultursensibles-dolmetschen-psychotherapie#:~:text=Da-durch%20bringen%20sie%20Erfahrungen%20aus,vermieden%20oder%20schnell%20gekl%C3%A4rt%20werden>.
- Elshahat, S. & Moffat, T. (2021) Mental Health Triggers and Protective Factors Among Arabic-Speaking Immigrants and Refugees in North America: A Scoping Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01215-6>.
- Fisher, J., Nguyen, H., Mannava, P., Tran, H., Dam, T. & Tran, H. et al. (2014) Translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Program for Vietnam. *Globalization and Health*, 2014, p. 37.
- Fuhr, D.C., Acarturk, C., McGrath, M., Ilkkursun, Z., Sondorp, E. & Sijbrandij, M. et al. (2019) Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: a cross-sectional survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2019, e70.
- Gammouh, O.S., Al-Smadi, A.M., Tawalbeh, L.I. & Khoury, L.S. (2015) Chronic diseases, lack of medications, and depression among Syrian refugees in Jordan, 2013-2014. *Preventing Chronic Disease*, 12, E10. Available from: <https://doi.org/10.5888/pcd12.140424>.
- Georgiadou, E., Morawa, E. & Erim, Y. (2017) High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph14060612>.
- Georgiadou, E., Zbidat, A., Schmitt, G.M. & Erim, Y. (2018) Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Frontiers in Psychiatry*, 2018, p. 393.
- Hanft-Robert, S., Römer, M., Morgenroth, O., Redlich, A. & Metzner, F. (2018) Handlungsempfehlungen für die dolmetschergestützte Psychotherapie mit Flüchtlingen und Asylbewerbern: Ergebnisse qualitativer Interviews mit Psychotherapeuten und Dolmetschern zu Chancen und Herausforderungen in der Triade. *Verhaltenstherapie*, 2018, pp. 73–81.
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A. & Kirmayer, L.J. (2016) Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2016, pp. 129–141.
- Hauschildt, M., Arlt, S., Moritz, S., Yassari, A.H. & Jelinek, L. (2022) Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in acute intensive psychiatric inpatient care: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1542–1555. Available from: <https://doi.org/10.1002/cpp.2733>.
- Heim, E. & Kohrt, B.A. (2019) Cultural Adaptation of Scalable Psychological Interventions: A New Conceptual Framework. *Clinical Psychology in Europe*, 2019.
- Heim, E., Ramia, J.A., Hana, R.A., Burchert, S., Carswell, K. & Cornelisz, I. et al. (2021) Step-by-step: Feasibility randomised controlled trial of a mobile-based intervention for depression among populations affected by adversity in Lebanon. *Internet Interventions*, 24, 100380. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100380>.
- Higgins, J. & Green, S. (Eds.) (2012) *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley-Blackwell: Chichester.
- Hong, Q.N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M. & Dagenais, P. et al. (2018) The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. Available from: <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>.
- International Organization for Migration (2019) International Migration Law No. 34 - Glossary on Migration, 2019. Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf.

- Jelinek, L., Faissner, M., Moritz, S. & Kriston, L. (2019) Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *The British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 245–259. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjc.12213>.
- Jelinek, L. & Hauschildt, M. (2015) *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT): Mit E-Book inside und Trainingsmaterial*. Beltz: Weinheim, Basel.
- Jelinek, L., Kolbeck, K. & Moritz, S. (2016) Metakognitives Training bei Psychose und Depression. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 17(9), 26–32. Available from: <https://doi.org/10.1007/s15202-016-1396-6>.
- Jelinek, L., Moritz, S. & Hauschildt, M. (2017) Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *Journal of Affective Disorders*, 221, 17–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.003>.
- Jelinek, L., van Quaquebeke, N. & Moritz, S. (2017) Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*, 7(1), 3449. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>.
- Kananian, S., Ayoughi, S., Farugie, A., Hinton, D. & Stangier, U. (2017) Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1390362. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1390362>.
- Keeney & Saucier (2010) Lowering the Threshold: Models of Accessible Methadone and Buprenorphine Treatment. *International Harm Reduction Development Program*.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G. & Guzder, J. et al. (2011) Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De L'Association Medicale Canadienne*, 2011, E959-67.
- Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (2015) *Therapie zu dritt: Wie kann dolmetschergestützte Psychotherapie im interkulturellen Kontext gelingen? Ein Leitfaden*. Available from: https://www.lpk-rlp.de/fileadmin/user_upload/Leitfaden_Therapie_zu_dritt.pdf.
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016) Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(9-10), 377–384. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0042-114045>.
- Kumpfer, K.L., Alvarado, R., Smith, P. & Bellamy, N. (2002) Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prevention Science : the Official Journal of the Society for Prevention Research*, 3(3), 241–246. Available from: <https://doi.org/10.1023/a:1019902902119>.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. & Woodward, T.S. (2010) Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 561–569. Available from: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833d16a8>.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C. & Mulrow, C.D. et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Poole, D.N., Hedt-Gauthier, B., Liao, S., Raymond, N.A. & Bärnighausen, T. (2018) Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health*, 2018, p. 908.
- Ramaiya, M.K., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, C.J. & Kohrt, B.A. (2017) A Cultural Adaptation of Dialectical Behavior Therapy in Nepal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 428–444. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.005>.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R.L., Ahluwalia, J.S. & Butler, J. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, pp. 271–290.
- Richter, K., Lehfeld, H. & Niklewski, G. (2015) Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77(11), 834–838. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564075>.
- Riffer, F., Kaiser, E., Sprung, M. & Streibl, L. (2018) Das Fremde: Flucht - Trauma - Resilienz: Aktuelle traumaspezifische Konzepte in der Psychosomatik, 2. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56619-0>.

- Rüdel, K., Bhui, K. & Priebe, S. (2009) Concept, development and application of a new mixed method assessment of cultural variations in illness perceptions: Barts Explanatory Model Inventory. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 336–347. Available from: <https://doi.org/10.1177/1359105308100218>.
- Sangraula, M., Kohrt, B.A., Ghimire, R., Shrestha, P., Luitel, N.P. & Van't Hof, E. et al. (2021) Development of the mental health cultural adaptation and contextualization for implementation (mhCACI) procedure: a systematic framework to prepare evidence-based psychological interventions for scaling. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 2021, e6.
- Satinsky, E., Fuhr, D.C., Woodward, A., Sondorp, E. & Roberts, B. (2019) Mental health care utilization and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(9), 851–863. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>.
- Sayar, K. & Kose, S. (2017) Psychopathology and Depression in the Middle East. *Journal of Mood Disorders*, 1. Available from: <https://doi.org/10.5455/jmood.20111217094801>.
- Schaffrath, J., Schmitz-Buhl, M., Gün, A.K. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2017) Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 67(3-04), 126–133. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0042-116081>.
- Schneider, F., Bajbouj, M. & Heinz, A. (2017) Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland : Modell für ein gestuftes Vorgehen. *Der Nervenarzt*, 88(1), 10–17. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0243-5>.
- Shala, M., Morina, N., Burchert, S., Cerga-Pashoja, A., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. et al. (2020) Cultural adaptation of Hap-pas-Hapi, an internet and mobile-based intervention for the treatment of psychological distress among Albanian migrants in Switzerland and Germany. Available from: <https://doi.org/10.17169/refubium-28707>.
- Sit, H.F., Ling, R., Lam, A.I.F., Chen, W., Latkin, C.A. & Hall, B.J. (2020) The Cultural Adaptation of Step-by-Step: An Intervention to Address Depression Among Chinese Young Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 2020, p. 650.
- Tacconelli, E. (2010) Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(4), 226. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70065-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70065-7).
- Thomas, J. (2019) Attitudes to mental health have a high cost for Arab society. *A White Paper on the findings of the 11th annual ASDA 'A BCW Arab Youth Survey 2019*, 55–58.
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., Wyl, A. von, Cramer, A. & Schulthess, P. (2020) The Impact of Patients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance on Treatment Outcome in Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 56–64. Available from: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001111>.
- UNHCR (2022) *UNHCR global trends : forced displacement in 2021*.
- Weltgesundheitsorganisation (Ed.) (1993) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: ICD-10; Diagnostic criteria for research*. Geneva.
- Wiebke Lemmer (2017) Rechtliche Aspekte der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland: Rechtsgutachten für das Projekt „Implementierung und Evaluation einer universitären kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien am Universitätsklinikum Münster - ein psychotraumatologisches und migrationspsychiatrisches Modellprojekt“.
- Zawacki-Richter, O., Kerres, M., Bedenlier, S.M., Bond, M. & Buntins, K. (Eds.) (2020) *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application*. Springer VS: Wiesbaden, Heidelberg.

13. Deklaration des eigenen Beitrags

Im Rahmen des Dissertationsprojekts war ich in der ersten Studie an der Konzeptualisierung, der Pilotierung, der Erstellung der Tabellen sowie der Überprüfung des Manuskripts beteiligt.

An der Durchführung der zweiten Pilotstudie war ich insbesondere an der Konzeptualisierung des kulturell adaptierten D-MKT beteiligt. Dies umfasste die Übersetzung des D-MKT ins Arabische, die Auswahl und Anpassung von Materialien aus der übersetzten Version für die oberflächliche Adaptation sowie die Organisation und Moderation der Expertentreffen. Darüber hinaus war ich verantwortlich für die Implementierung der oberflächlichen Adaptation, die Erstellung der Tabellen, die Durchführung der Datenanalyse und das Verfassen des Manuskripts.

Die Studien, die Teil dieser Dissertation sind, wurden in renommierten, peer-reviewed Fachzeitschriften veröffentlicht.

14. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten, verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen.

Beim Verfassen mehrerer Textstellen dieser Dissertation wurden KI-basierte Tools („Chatbots“) ausschließlich als Hilfsmittel zur sprachlichen Überarbeitung und Umformulierung verwendet. Die inhaltliche Ausarbeitung, Strukturierung sowie die wissenschaftliche Argumentation und Bewertung erfolgten vollständig eigenständig durch die Autorin. Die „Stellungnahme des Präsidiums der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zum Einfluss generativer Modelle für die Text- und Bilderstellung auf die Wissenschaften und das Förderhandeln der DFG“ aus September 2023 wurde dabei beachtet.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

24.07.2025
Datum


Unterschrift

15. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen und mich in den vergangenen Jahren auf vielfältige Weise unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter, Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych.

Silke Pawils, für ihre fachliche Begleitung, ihr Vertrauen, ihre Geduld sowie ihre bemerkenswerte Familienfreundlichkeit, die es mir ermöglicht hat, wissenschaftliche Arbeit und Familienleben miteinander zu vereinbaren.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an meine Kolleginnen und Mitautorinnen – insbesondere an Dr. phil. Dipl.-Psych. Franka Metzner-Guczka – für den inspirierenden Austausch, die engagierte Zusammenarbeit und die vielen unterstützenden Gespräche, die diese Zeit bereichert haben.

Meiner Familie danke ich für ihren Rückhalt und ihre Ermutigung. Meinen Kindern danke ich für ihre Fröhlichkeit und dafür, dass sie mich täglich daran erinnern, was wirklich zählt.