

**Psychosoziale Auswirkungen von Trauma und Flucht auf  
Geflüchtete und professionell Helfende am Beispiel des  
„Sonderkontingents für besonders schutzbedürftige  
Frauen und Kinder aus dem Nordirak“**

**Dissertation**

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität Tübingen  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von  
M.Sc. Jana Katharina Denkingen  
aus Balingen

Tübingen  
2022

Gedruckt mit Genehmigung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der  
Eberhard Karls Universität Tübingen.

Tag der mündlichen Qualifikation:	26.05.2023
Dekan:	Prof. Dr. Thilo Stehle
1. Berichterstatterin:	Prof. Dr. Katrin Giel
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Martin Hautzinger

### **Erklärung / Declaration**

Ich erkläre, dass ich die zur Promotion eingereichte Arbeit mit dem Titel *Psychosoziale Auswirkungen von Trauma und Flucht auf Geflüchtete und professionell Helfende am Beispiel des „Sonderkontingents für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“* selbstständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich übernommene Stellen als solche gekennzeichnet habe. Ich versichere an Eides statt, dass diese Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass die falsche Abgabe einer Versicherung an Eides statt mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird.

I hereby declare that I have produced the work entitled *psychosocial impact of trauma and flight on forcibly displaced people and caregivers based on the example of the special quota project for especially vulnerable women and children from Northern Iraq*, submitted for the award of a doctorate, on my own (without external help), have used only the sources and aids indicated and have marked passages included from other works, whether verbatim or in content, as such. I swear upon oath that these statements are true and that I have not concealed anything. I am aware that making a false declaration under oath is punishable by a term of imprisonment of up to three years or by a fine.

Tübingen, 24.12.2022

Jana Denking



## Inhaltsverzeichnis

Liste der Veröffentlichungen dieser Dissertation und Beitragsnachweise.....	7
Liste der verwendeten Abkürzungen.....	9
Zusammenfassung .....	11
Abstract .....	13
1. Einleitung.....	15
1.1 Geflüchtete in Deutschland .....	15
1.2 Traumata bei Geflüchteten .....	16
1.3 Posttraumatische Belastungsstörung .....	18
1.3.1 Erklärungsmodelle der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	20
1.3.2 Rahmenmodell der Ätiologie der PTBS. ....	21
1.4 Traumafolgestörungen bei Geflüchteten .....	23
1.5 Sekundärtraumatisierung bei Helfenden .....	24
1.6 Psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter in Deutschland.....	25
1.7 Innovative Versorgungskonzepte als Lösungsansätze .....	25
1.7.1 Gestufte Versorgungsmodelle .....	26
1.7.2 Humanitäre Aufnahmeprogramme .....	27
2. Zielsetzung.....	29
3. Ergebnisse und Diskussion .....	31
3.1 Vorstellung der Studien .....	31
3.1.1 Studie 1: Post-migratorischer Verlauf psychischer Belastungen und Bewältigungsstrategien bei geflüchteten Frauen aus dem Nordirak.....	32
3.1.2 Studie 2: Sekundärtraumatisierung in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten .....	35
3.1.3 Studie 3: Entwicklung und Evaluation eines niederschweligen psychoedukativen Animationsfilms für Geflüchtete .....	36
3.2 Diskussion der Ergebnisse.....	47
3.2.1 Diskussion der psychischen Belastung .....	47
3.2.2 Diskussion der identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren .....	48
3.2.3 Implikationen .....	56
3.3 Diskussion der Stärken und Limitationen .....	62
3.3.1 Stärken der vorliegenden Dissertation .....	62
3.3.2 Limitationen und Ausblick für die weiterführende Forschung .....	66

3.4 Schlussfolgerung .....	71
4. Literaturverzeichnis .....	73
Danke .....	91
Anhang: Publikationen.....	93

## Liste der Veröffentlichungen dieser Dissertation und Beitragsnachweise

Erklärung nach § 5 Abs. 2 Nr. 8 der Promotionsordnung der Math.-Nat. Fakultät - Anteil an gemeinschaftlichen Veröffentlichungen

1. **Denkinger, J. K.**, Rometsch, C., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Pham, P., Gibbons, N., Zipfel, S., & Junne, F. (2021). Longitudinal changes in posttraumatic stress disorder after resettlement among Yazidi female refugees exposed to violence. *JAMA network open*, 4(5), e2111120-e2111120. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11120>

**Beitrag der Autor:innen:** **JD**, CR-O, PW, JG, PP, NG, SZ und FJ konzipierten die Studie. **JD**, CR-O, PW, SZ und FJ holten das Votum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Tübingens ein. **JD** rekrutierte die Teilnehmenden, entwarf die Studienmaterialien und übernahm die Studienorganisation mit Supervision von FJ. **JD** führte insgesamt 79 der mixed-method Interviews mit der Unterstützung von Dolmetscherinnen durch (42% der Baseline Interviews und 25% der Follow-up Interviews). CR-O, NG, PP, ME und andere führten die restlichen Interviews mit Unterstützung der Dolmetscherinnen. **JD** analysierte und interpretierte die Daten für Studie 1 mit Rückmeldungen durch CR-O, ME, JG, PP, NG und FJ. **JD** verfasste das Manuskript der Studie 1 inklusive aller Tabellen mit Rückmeldungen durch CR-O, ME, JG, PP, NG, SZ und FJ. **JD** übernahm die Auswahl des Journals und das Einreichen des Manuskripts sowie die Überarbeitung des Manuskripts im Rahmen des Peer-Review Verfahrens mit Unterstützung von FJ, CR-O, ME und PW.

2. **Denkinger, J. K.**, Windthorst, P., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Blume, M., Sedik, H., Kizilhan, J. I., Gibbons, N., Pham, P., Hillebrecht, J., Ateia, N., Nikendei, C., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “islamic state”. *Frontiers in psychiatry*, 9, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00234>

**Beitrag der Autor:innen:** **JD**, CR-O, PW, and FJ konzipierten die Studie. **JD**, CR-O, PW, SZ und FJ holten das Votum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Tübingens ein. Die Organisation der Studie übernahmen **JD**, CR-O, PW, and FJ mit Rücksprache mit MB und HS. **JD** analysierte die Daten, schrieb das Manuskript und entwarf alle Tabellen und Grafiken in Rücksprache mit FJ. CN, SZ, JH, JK, NA, PP und NG

unterstützen die Studie und die Manuskripterstellung mit Ideen und Rückmeldungen. FJ und SZ übernahmen die Auswahl des Journals in Rücksprache mit **JD**. **JD** reichte das Manuskript ein und übernahm die Überarbeitung im Rahmen der Revision des Peer-Review Verfahrens mit Rückmeldung durch FJ, CR-O und PW.

3. **Denkinger, J. K.**, Rometsch, C., Murray, K., Schneck, U., Brißlinger, L. K., Rahmani Azad, Z., Windthorst, P., Graf, J., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Junne, F. (2022). Addressing barriers to mental health services: Evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2066458. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066458>

**Beitrag der Autor:innen:** **JD** schrieb das Filmskript unter Mitarbeit und Supervision durch FJ, CR, PW, JG und US. **JD** übernahm die Koordination der Filmentwicklung unter Supervision von FJ. US, PW, JG und SZ unterstützen die Filmentwicklung durch Rückmeldungen und Ideen. **JD** konzipierte die Evaluationsstudie unter Supervision von FJ und Mitarbeit von KM, US, CR und PW. **JD**, CR-O, FJ und SZ holten das Ethikvotum der medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Tübingens ein. **JD** rekrutierte die Studienteilnehmenden mit Unterstützung ihrer studentischen Hilfskraft LB. JD und LB führten die qualitativen Interviews durch und werteten diese aus. JD führte die quantitative Datenauswertung durch mit Unterstützung von KM und RAZ. JD entwarf das Manuskript mit Rückmeldung von CR, KM, LB, ZAR PW, JG, MH, SZ und FJ. ZAR entwarf die Grafiken der quantitativen Ergebnisdarstellung für die Publikation. **JD** entwarf die übrigen Grafiken und alle Tabellen. **JD** übernahm die Auswahl des Journals, die Einreichung sowie die Überarbeitung im Rahmen des Peer-Review Verfahrens.



## **Liste der verwendeten Abkürzungen**

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EU	Europäische Union
HAP	Humanitäres Aufnahmeprogramm
HHI	Harvard Humanitarian Initiative
ICD	International Classification of Diseases
IS	Selbsternannter Islamischer Staat
KPTBS	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic stress disorder
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization



## **Zusammenfassung**

Die Anzahl geflüchteter Menschen in Deutschland und weltweit erreichte in den letzten Jahren neue Höchststände. Dabei sind Geflüchtete vor, während und nach ihrer Flucht erheblichen Belastungen ausgesetzt, häufig auch Situationen traumatischer Qualität. Daraus können Traumafolgestörungen wie beispielsweise die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) resultieren. Metaanalysen zeigen erhöhte PTBS-Prävalenzen bei Geflüchteten von über 30%. Bei einzelnen Gruppen Geflüchteter fallen diese Werte noch deutlich höher aus. So wurden bei weiblichen Überlebenden von Genozid und Gefangenschaft PTBS-Prävalenzen von bis zu 100% gefunden.

Trotz der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen ist der Zugang zu adäquater psychosozialer und psychotherapeutischer Hilfe für Geflüchtete in den Aufnahmeländern deutlich erschwert. Bisher gibt es nur wenige Längsschnittstudien, die den Verlauf der PTBS bei Geflüchteten untersuchen. Diese Studien sind für eine evidenzbasierte Entwicklung und Implementierung kultursensitiver Interventionen für traumatisierte Geflüchtete jedoch unabdingbar. Gesellschaftliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung psychischer Erkrankungen stellen eine mögliche zusätzliche Hürde zu den wenigen bereits vorhandenen Hilfsangeboten dar. Zudem gibt es erste Hinweise darauf, dass professionell Helfende im direkten Kontakt mit traumatisierten Klient:innen durch die wiederholte Konfrontation mit Details traumatischer Erfahrungen eigene posttraumatische Symptome entwickeln können. Dieses Phänomen der Sekundärtraumatisierung könnte ebenfalls einer nachhaltigen Versorgung traumatisierter Geflüchteter entgegenstehen.

Das Ziel dieser Dissertation ist es, diese vielseitigen Belastungen und Hürden im Kontext Flucht zu erfassen und einen evidenzbasierten Beitrag hin zu einer adäquaten und nachhaltigen psychischen Gesundheitsversorgung für Geflüchtete in den Aufnahmeländern zu leisten.

Die vorliegende Dissertation besteht aus drei Publikationen zu drei Studien. Die erste Publikation bildet eine prospektive Längsschnittstudie, die den längsschnittlichen Verlauf sowie Risiko- und Schutzfaktoren der PTBS bei 116 geflüchteten Frauen erfasst, die Genozid und Gefangenschaft durch den selbsternannten Islamischen Staat im Nordirak überlebten. Die zweite Studie nutzt eine querschnittliche Fragebogen-Erhebung, um die psychischen Auswirkungen der Arbeit mit dieser stark traumatisierten Gruppe Geflüchteter auf professionell Helfende (z.B. Sozialarbeiter:innen, Psychotherapeut:innen und Dolmetscher:innen) zu erfassen. Die dritte Studie umfasst die Entwicklung eines psychoedukativen Films für

Geflüchtete zur Reduktion von Selbststigmatisierung und zur Förderung der Offenheit gegenüber psychotherapeutischen Hilfsangeboten. Die Evaluation des für diese Dissertation entwickelten Kurzfilms erfolgte in einem gemischt methodischen quasi-experimentalen Design mit einer 3-Monats Follow-up Erhebung.

Alle drei Studien bestätigen die hohe Traumalast im Kontext Flucht. Überlebende von Genozid und Gefangenschaft im Nordirak wiesen auch noch zwei Jahre nach ihrer Ankunft in Deutschland eine enorm hohe PTBS-Schwere auf. Über die Zeit eines Jahres im Aufnahmeland ergab sich dabei keine signifikante Veränderung der Traumaschwere. Zusätzlich zeigte sich die PTBS bei Geflüchteten mit einer erhöhten Selbststigmatisierung psychischer Erkrankungen assoziiert. Auch wies ein Fünftel der im Kontext Flucht Helfenden zu mindestens einem Zeitpunkt während ihrer Arbeit Anzeichen einer Sekundärtraumatisierung auf.

Die Studien der Dissertation identifizierten ähnliche Risiko- und Schutzfaktoren für den Verlauf der PTBS bei Geflüchteten wie für die Sekundärtraumatisierung bei Helfenden. In beiden Gruppen konnten Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Konfrontation mit traumatischem Inhalt und der Symptomlast gefunden werden sowie Zusammenhänge zwischen der Symptomlast und sozialen Variablen. Bei Geflüchteten konnten zudem eine hohe Belastung durch Intrusionen sowie eine Schwächung des religiösen Glaubens durch das Trauma als Risikofaktoren für einen schweren Langzeitverlauf der PTBS im Aufnahmeland identifiziert werden.

Die Evaluation des neuentwickelten Films ergab Hinweise für eine Reduktion der Selbststigmatisierung sowie eine erhöhte Offenheit gegenüber psychotherapeutischen Hilfsangeboten direkt nach der Intervention. Obwohl diese Veränderungen zum Follow-up Zeitpunkt nicht mehr signifikant waren, gaben 11% der Geflüchteten an, seit Anschauens des Films eine Psychotherapie begonnen zu haben.

Die vorliegende Dissertation zeigt Belastungen, Ressourcen und Hürden im Kontext Flucht auf und liefert Anhaltspunkte für eine nachhaltige Versorgung Geflüchteter durch eine frühzeitige Identifikation von Risikogruppen unter Geflüchteten und professionell Helfenden. Somit leistet die Dissertation einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis der psychosozialen Auswirkungen von Trauma und Flucht. Die Ergebnisse legen einen Grundstein für die Entwicklung, Weiterentwicklung und Implementierung gezielter Interventionen und Versorgungskonzepte für Geflüchtete und professionell Helfende. Weiterführende Implikationen für die Praxis und die weitere Forschung werden diskutiert.

## **Abstract**

In recent years, the number of forcibly displaced people has reached record levels in Germany and worldwide. Before, during and after flight, forcibly displaced people are typically exposed to potentially traumatic events. For many, this can lead to mental illnesses such as posttraumatic stress disorder (PTSD). Meta-analyses show a PTSD prevalence of over 30% in forcibly displaced people. Within certain subgroups, the prevalence can even be much higher. For instance, prevalence rates of up to 100% have been found among female survivors of genocide and captivity.

Despite the high prevalence of mental illnesses, forcibly displaced people face various challenges in accessing appropriate mental health care in the care systems of host countries. A lack of research on the longitudinal course of PTSD impedes the design and delivery of evidence-based and culturally sensitive mental health treatments for forcibly displaced people with PTSD. In addition to aggravating psychopathology, societal and self-stigma of mental illness can be barriers to forcibly displaced people accessing available mental health services. Furthermore, professional caregivers working with forcibly displaced people can develop posttraumatic symptoms themselves from frequent exposure to the details of clients' traumatic experiences. This phenomenon called secondary traumatization could also hinder sustainable mental health care for traumatized forcibly displaced people.

The present dissertation aims to assess these various barriers and burdens in the context of flight and to contribute empirical evidence to address these challenges and pave the way to a sustainable mental health care for forcibly displaced people in host countries.

The dissertation contains three articles from three studies. The first study is a prospective cohort study assessing the longitudinal course of PTSD as well as the associated risk and resilience factors in a sample of 116 female refugees who survived genocide and captivity by the so-called Islamic State in Northern Iraq. The second study uses a cross-sectional survey design to examine the psychological effects of working with this severely traumatized subgroup of forcibly displaced people on caregivers (e.g., social workers, psychotherapists and interpreters). The third study contains the development of a psychoeducational film that aims to reduce self-stigma and increase help-seeking among forcibly displaced people as well as its evaluation in a mixed-method pretest-posttest 3-months-follow-up quasi-experimental design.

All three studies confirm high levels of trauma in the context of flight. High PTSD severity was found in female refugees two years after their resettlement to Germany with no

significant changes in PTSD severity over the course of one year. Moreover, PTSD in forcibly displaced people was shown to be associated with self-stigma of mental illness. Furthermore, over one fifth of caregivers working in the context of flight experienced secondary traumatization at least once during their work.

Similar risk and resilience factors were identified for PTSD and secondary traumatization. Associations between symptom load and the extent of confrontation with potentially traumatic details were found in forcibly displaced people and their caregivers as well as between symptom load and social variables. Moreover, in forcibly displaced people, a high burden resulting from intrusions as well as a weakening in religious beliefs through the traumatic experience were identified as risk factors for a severe PTSD course in the resettlement setting.

In the evaluation of the newly developed psychoeducational film, reduced self-stigma and increased openness to accessing mental health services were found postintervention. Although these changes were no longer significant at follow-up, 11% of participants reported having started psychotherapy since watching the film.

As a whole, the dissertation provides new insights for a better understanding of the psychosocial consequences of trauma and flight including burdens, resources and barriers to mental health care. With the identification of risk groups within forcibly displaced people and professional caregivers, the present dissertation shows an approach to a sustainable mental health care for forcibly displaced people. It offers a foundation for the development, improvement, and implementation of targeted mental health interventions for both sides. Further implications for clinical practice and research are discussed.

## Einleitung

### 1. Einleitung

“When genocide is committed, it must be seen.  
People must look at it with open eyes,  
not minimize its impact.”

- *Nadia Murad,*  
*Überlebende des Genozids an den Ezid:innen*  
*und Friedensnobelpreisträgerin*

#### 1.1 Geflüchtete in Deutschland

Ende des Jahres 2021 verzeichnete die Flüchtlingsorganisation der Vereinten Nationen, engl. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), einen traurigen Rekord von 89,3 Millionen geflüchteter Menschen weltweit (UNHCR, 2022). Darunter galten 21,3 Millionen Menschen als Flüchtlinge unter UNHCR Mandat (UNHCR, 2022). Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention der UNHCR definiert einen Flüchtling als eine Person, die „[...] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“ (UNHCR, 2015, S. 6). In der vorliegenden Dissertation wird zudem der Begriff „Geflüchtete“ verwendet. Dem Begriff „Geflüchtete“ kommt im Gegensatz zu „Flüchtling“ keine juristische Bedeutung zu und inkludiert somit auch Menschen ohne offiziellen Flüchtlingsstatus.

Mit 1,3 Millionen aufgenommenen Menschen steht Deutschland Ende 2021 hinter der Türkei, Kolumbien, Uganda und Pakistan an fünfter Stelle der Aufnahmeländer im weltweiten Vergleich (UNHCR, 2022). Damit ist Deutschland zu diesem Zeitpunkt das Land mit den meisten Aufnahmen in Europa.

Seit dem Jahr 1953 stellten rund 6,3 Millionen Menschen einen Antrag auf Asyl in Deutschland (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2022). Die höchste Anzahl Asylersanträge seit Bestehen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurde im Jahr 2016 mit Erstanträgen von 722.370 Personen verzeichnet, maßgeblich von Menschen

## Einleitung

aus Syrien (36,9%), Afghanistan (17,6%) und dem Irak (13,3%). Danach waren die Zahlen etwas rückläufig, sodass 2020 noch 102.581 Erstanträge auf Asyl in Deutschland gestellt wurden. Im Jahr 2021 stieg die Zahl jedoch wieder auf 148.233 Erstanträge an.

Besonders religiöse und ethnische Minderheiten sind häufig zur Flucht gezwungen. Als spezifisches Beispiel dieser Dissertation ist der Genozid an den Ezid:innen im Nordirak durch den sogenannten Islamischen Staat (IS) zu nennen, der mit äußerst gewaltsamer Verfolgung, Hinrichtungen und Gefangennahme einherging (Junne et al., 2019).

### **1.2 Traumata bei Geflüchteten**

Geflüchtete sind vor, während und nach der Flucht erheblichen Belastungen ausgesetzt, die häufig traumatische Qualität aufweisen. Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 wird unter einem traumatischen Ereignis ein „Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß [...]“ verstanden, „das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (World Health Organization, 2016, S. 174). Dabei lassen sich verschiedene Trauma-Typen nach Verursachung und Dauer unterscheiden, die mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken einhergehen (Tabelle 1).



**Tabelle 1**

*Klassifikation von Trauma-Typen adaptiert aus Maercker und Michael (2009)*

<b>Klassifikation von Traumata</b>	<b>Akzidentelle Traumata</b>	<b>Interpersonelle Traumata</b> (engl. man-made)
<b>Typ-I Traumata</b> (einmalig/kurzfristig)	Unfälle, kurzandauernde Naturkatastrophen	Kriminelle / körperliche Gewalt, Vergewaltigung, Zivile Gewalterlebnisse
<b>Typ-II Traumata</b> (mehrfach, langanhaltend)	Langandauernde Naturkatastrophen, technische Katastrophen	Andauernde sexualisierte Gewalt, rituelle Gewalt, Kriegserlebnisse, Gefangenschaft, Folter, politische Inhaftierung, Genozid

*Anmerkung.* Vereinfachte Einteilung des Risikos für die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch die Blauschattierung (in Anlehnung an Maercker und Michael, 2009). Dabei steht eine dunklere Schattierung für ein höheres Risiko eine PTBS zu entwickeln (Ehring & Quack, 2010; Steel et al., 2009).

Da aktuell die meisten Geflüchteten in Deutschland aus Kriegs- und Krisengebieten stammen, ist von interpersonellen traumatischen Ereignissen in der **Prä-Migrationsphase** auszugehen (interpersonelle Typ-I und Typ-II Traumata). Dies bestätigt eine in einem psychosozialen Zentrum in Deutschland durchgeführte Studie, laut der befragte Geflüchtete im Durchschnitt 17 traumatische Ereignisse erlebt hatten (Schock et al., 2016). Eine Studie der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ergab, dass rund dreiviertel der befragten Geflüchteten mit potenziell traumatischen Situationen konfrontiert waren, insbesondere mit Kriegserlebnissen, Angriffen durch Militär, dem Verschwinden von Angehörigen, Folter und sexualisierter Gewalt (Schröder et al., 2018). Die Studie ergab zudem, dass 29% der Geflüchteten von Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit der Flucht (**Peri-Migrationsphase**) berichteten (Schröder et al., 2018). Zahlreiche Menschenrechtsverletzungen an EU-Außengrenzen wurden im Rahmen diagnostischer Erstgespräche dokumentiert (Veigel

## Einleitung

& Wenk-Ansohn, 2015). So berichten 27% der Geflüchteten physische Gewalt durch Beamte im EU-Ersteinreiseland erfahren zu haben (Veigel & Wenk-Ansohn, 2015). Doch auch in der **Post-Migrationsphase** ergeben sich häufig zusätzliche Belastungen, die sich auf die psychische Gesundheit Geflüchteter auswirken (Porter & Haslam, 2005). Die sogenannten Postmigrationsstressoren können Schwierigkeiten mit der Wohnsituation, dem Asylverfahren oder dem Familiennachzug umfassen ebenso wie Diskriminierungserfahrungen oder finanzielle Schwierigkeiten aufgrund fehlender Arbeit oder eines Arbeitsverbots (Laban et al., 2005; Porter & Haslam, 2005).

Diese sequenziellen interpersonellen Traumatisierungen über die verschiedenen Migrationsphasen hinweg gehen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen einher (Laban et al., 2004; Schweitzer et al., 2006; Steel et al., 2009). Als eine spezifische Traumafolgestörung ist dabei die Posttraumatische Belastungsstörung zu nennen (Blackmore et al., 2020; Steel et al., 2009).

### 1.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) lassen sich in drei Hauptsymptomcluster aufteilen: 1. Intrusionen/Wiedererleben, 2. Vermeidung und 3. Übererregung (engl. hyperarousal). Tabelle 2 zeigt die Differenzierungen der PTBS-Diagnosekriterien in den verschiedenen Klassifikationssystemen.

**Tabelle 2**

*Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung in den Klassifikationssystemen*

<b>Kriterien</b>	<b>ICD-10</b>	<b>ICD-11</b>	<b>DSM-5</b>
Traumatisches Ereignis	„kurz- oder langanhaltende[s] Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß [...], das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung	Ereignis extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur (World Health Organization, 2022)	„Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ (American Psychiatric Association, 2014, S. 369)

## Einleitung

	auslösen würde.“ (World Health Organization, 2016, S. 174)		
Hinreichende Symptome	Symptome aus den Bereichen: - Intrusionen - Vermeidung - entweder Erinnerungsschwierigkeiten oder erhöhte psychische Sensitivität und Erregung (World Health Organization, 2016)	Symptome aus den Bereichen: - Intrusionen - Vermeidung - persistierende Wahrnehmung einer erhöhten Bedrohung (World Health Organization, 2022)	Symptome aus den Bereichen: - Wiedererleben - Vermeidung - Veränderung im Gefühlszustand und/oder Kognition - Übererregung / engl. hyperarousal (American Psychiatric Association, 2014)
Beginn der Störung	Innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis / der Belastungsperiode (World Health Organization, 2016)	Zu jeder Zeit nach einem traumatischen Erlebnis (World Health Organization, 2022)	Zusätzliche Einteilung: Verzögerter Beginn ab mind. sechs Monaten nach Ereignis (American Psychiatric Association, 2014)
Dauer der Symptome	Keine Angabe	Mind. mehrere Wochen (World Health Organization, 2022)	Mind. einen Monat (American Psychiatric Association, 2014)
Beeinträchtigung durch Störung	Keine Angabe	Bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsrelevanten, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen (World Health Organization, 2022)	Klinisch bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (American Psychiatric Association, 2014)

*Anmerkung.* ICD = International Classification of Diseases, DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

### ***1.3.1 Erklärungsmodelle der Posttraumatischen Belastungsstörung***

Nicht jedes Individuum entwickelt nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS (Shalev et al., 1996). Wenn sich eine PTBS entwickelt, bleibt sie auch nicht zwingend bestehen. So zeigte beispielsweise eine Metaanalyse außerhalb des Fluchtkontextes, dass sich bei 44% der untersuchten PTBS-Betroffenen eine Spontanremission nach durchschnittlich 3,3 Jahren eingestellt hatte (Morina et al., 2014). In der Literatur werden verschiedene störungsspezifische Erklärungsmodelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der PTBS diskutiert. Es folgt ein kurzer Überblick am Beispiel von vier therapierelevanten Modellen. Dabei wird insbesondere auf das Rahmenmodell der Ätiologie eingegangen, da dieses von besonderer Relevanz für die vorliegende Dissertation ist.

**Furchtstrukturmodell.** Als lerntheoretischer Ansatz basierend auf Foa and Kozak (1986) besagt das Furchtstrukturmodell, dass eine traumatische Erfahrung zur Bildung eines Netzwerks aus spezifischen Gedächtnisstrukturen führt. Dieses Furchtnetzwerk verbindet emotionale, kognitive, physiologische und verhaltensbezogene Informationen über die traumatische Situation, die Reaktion des Betroffenen, sowie die Interpretationen des Betroffenen über die Situation und seine eigenen Reaktionen darauf. Aufgrund der postulierten wechselseitigen Verknüpfungen der verschiedenen Netzwerkelemente, kommt es bei Aktivierung eines Elements zur Reaktivierung des gesamten Furchtnetzwerkes, was das intrusive Wiedererleben von PTBS-Betroffenen erklärt.

**Kognitives Modell der chronischen PTBS.** Eines der bekanntesten und empirisch gut belegten kognitiven Theorien stellt das kognitive Modell der chronischen PTBS von Ehlers and Clark (2000) dar. Laut dem Modell entwickelt sich eine chronische PTBS, wenn Betroffene das traumatische Ereignis auf eine Weise verarbeiten, das zu einem Gefühl von akuter gegenwärtiger Bedrohung und Beschädigung führt. Das Gefühl akuter Bedrohung entsteht laut Ehlers and Clark (2000) durch eine stark negative Bewertung des Traumas und/oder seiner Folgen für das Leben der Betroffenen. Zusätzlich wird eine Störung des autobiografischen Gedächtnisses durch unzureichende peritraumatische Verarbeitung und mangelhafte Elaboration und Kontextualisierung des Traumagedächtnisses postuliert.

**Sozial-interpersonelles Modell.** Eine Ergänzung dieser Modelle bietet das sozial-interpersonelle Modell (Maercker & Horn, 2013), das die soziale Unterstützung als wichtigsten PTBS-Prädiktor (Brewin et al., 2000) in den Fokus stellt. Dabei integriert das Modell soziale Gefühle wie Scham und Ärger sowie die Reaktionen des Umfelds und der Gesellschaft.

### 1.3.2 Rahmenmodell der Ätiologie der PTBS.

In einem multifaktoriellen psychosozialen Rahmenmodell fasst Maercker (2013) den aktuellen Forschungsstand zur Ätiologie von Traumafolgestörungen zusammen. Maercker (2013) bezieht sich dabei insbesondere auf Metaanalysen zu Risiko- und Schutzfaktoren zur Entwicklung einer PTBS (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Dabei geht er auf prädiktive Faktoren für die Entwicklung einer Traumafolgestörung ein, die sich in prätraumatisch (vor der traumatischen Situation), peritraumatisch (zum Zeitpunkt des Traumas) und posttraumatisch (nach der traumatischen Situation) einteilen lassen. Außerdem greift Maercker aufrechterhaltende Faktoren und Ressourcen/ gesundheitsfördernde Faktoren auf. Einige relevante prädiktive Faktoren für die PTBS sind angelehnt an Maercker (2013) in Tabelle 3 zusammengefasst.

**Tabelle 3**

*Prädiktive Faktoren für die Entwicklung und den Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung angelehnt an Maercker (2013)*

<b>Klassifikation</b>	<b>Prädiktive Faktoren</b>	<b>Quelle</b>
<b>Prätraumatische Risikofaktoren</b> zur Entwicklung einer PTBS	Weibliches Geschlecht, geringer sozioökonomischer Status, geringe Bildung, geringe Intelligenz, ethnische Minderheit, psychiatrische Vorerkrankungen, psychische Auffälligkeiten/Erkrankungen in der Familie, frühere psychische Anpassungsleistung	Brewin et al. (2000), Ozer et al. (2003)
<b>Peritraumatische Risikofaktoren</b> zur Entwicklung einer PTBS (Ereignisfaktoren)	Art des Traumas, Traumaschwere, Traumadauer, wahrgenommene Lebensbedrohung, akutes Belastungsniveau, akute physiologische Reaktionen, akute emotionale Reaktionen, akute kognitive Verarbeitung, Dissoziation, jüngeres und älteres Alter (U-förmige Beziehung)	Breh and Seidler (2007), Brewin et al. (2000), Ehrling, Ehlers, et al. (2008), Maercker et al. (1998),

## Einleitung

		Ozer et al. (2003), Thomas et al. (2012)
<b>Posttraumatische Risikofaktoren</b> (Aufrechterhaltungsfaktoren)	Fehlende soziale Unterstützung, gesellschaftliche Ablehnung, zusätzliche Stressoren, negative Lebenserfahrungen, Schwere PTBS Symptome, Beeinträchtigung durch PTBS Symptome, Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidung, Grübeln	Brewin et al. (2000), Difede and Barocas (1999), Ehring, Frank, et al. (2008), Haag et al. (2017), King et al. (1999), Perkonigg et al. (2000), Schell et al. (2004), Solomon et al. (2009), Sommer et al. (2017), Steinert et al. (2015)
<b>Schutzfaktoren</b> / gesundheitsfördernde Faktoren nach einer Erkrankungsphase	Soziale Unterstützung, soziale Anerkennung	Brewin et al. (2000), Ozer et al. (2003)

*Anmerkung.* PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.

**Bedarf an weiterer Forschung.** Die Mehrheit der in den zitierten Metaanalysen eingeschlossenen Studien nutzt ein retrospektives, querschnittliches Studiendesign, mit dem prädiktive Faktoren für die Entwicklung einer PTBS untersucht werden (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Studien, die Prädiktoren für den Verlauf der PTBS untersuchen, sind selten. Das zeigt sich auch in einer systematischen Literaturübersicht von Steinert et al. (2015), die nur 24 Studien zum längsschnittlichen Verlauf der PTBS einschließen konnte. In der Literaturübersicht zeigten sich einige prä- und peritraumatische Risikofaktoren für den PTBS-Verlauf, die auch bereits für die Entwicklung einer PTBS bekannt sind (z.B. Alter, weibliches Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, frühere traumatische Erfahrungen,

## Einleitung

Traumatische, soziale Faktoren). Es wurden jedoch auch Unterschiede zwischen den Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS und den Risikofaktoren für den Verlauf einer PTBS deutlich (z.B. höhere Bildung und höheres Einkommen als Risikofaktor für einen schwereren Verlauf). Darüber hinaus identifizierte die Literaturübersicht für den Verlauf spezifische posttraumatische Risikofaktoren (PTBS-Symptomschwere bei der Baseline-Erhebung, insbesondere Hyperarousal, Beeinträchtigungen aufgrund der PTBS Symptome). Diese Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit der genauen Differenzierung zwischen prädiktiven Faktoren für die Entwicklung einer PTBS und prädiktiven Faktoren für den Verlauf einer PTBS. Weitere längsschnittliche Forschung zu den prädiktiven Faktoren für den PTBS-Verlauf ist dafür elementar.

All die zitierten Literaturübersichten zeigen, dass die eingeschlossenen Studien mehrheitlich mit weißen Stichproben in westlichen Ländern durchgeführt wurden. Spezifische Studien mit Geflüchteten zu Risiko- und Schutzfaktoren zur Entwicklung und insbesondere zur Aufrechterhaltung einer PTBS sind seltener, aber aufgrund der Kontextspezifität der traumatischen Belastung höchst notwendig. Eine methodische Herausforderung ist es dabei, der Heterogenität Geflüchteter gerecht zu werden (Lindert et al., 2018).

### **1.4 Traumafolgestörungen bei Geflüchteten**

Eine großangelegte Metaanalyse ergab Prävalenzraten von 30,8% für Depressionen und 30,6% für die PTBS unter Geflüchteten (Steel et al., 2009). Eine neuere Metaanalyse, die Studien von 2003 bis 2020 einschließt, kam zu einem ähnlichen Ergebnis: Die am häufigsten gefunden psychischen Störungen waren erneut PTBS und Depressionen mit einer Prävalenz von jeweils 31,5% (Blackmore et al., 2020). Prävalenzstudien mit Geflüchteten in Deutschland sind zwar seltener, es zeigte sich jedoch bereits eine PTBS Punktprävalenz von 40% direkt nach der Ankunft in Deutschland (Gäbel et al., 2006).

Die bisher identifizierten Prävalenzen variieren signifikant je nach Geschlecht, Aufenthaltsstatus, Herkunftsland, Art und Methodik der Studie (Blackmore et al., 2020) sowie nach Art und Anzahl der erlebten Traumata (Steel et al., 2009). Eine besonders belastete Population mit PTBS Prävalenzraten von bis zu 100% (Ibrahim et al., 2018) stellen dabei Überlebende des Genozids durch den sogenannten Islamischen Staat (IS) im Nordirak dar. Somit ist zwar bereits das durchschnittliche Risiko für Geflüchtete an einer PTBS zu erkranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der aufnehmenden Länder deutlich erhöht [Ein-Monats-Prävalenz in Deutschland für PTBS 1.5%, für die komplexe posttraumatische

## Einleitung

Belastungsstörung (KPTBS): 0.5% (Maercker et al., 2018)], es besteht jedoch eine nicht zu vernachlässigende Varianz mit extremen Ausschlägen.

Die vergangene Zeit seit dem Trauma scheint hingegen eine untergeordnete Rolle zu spielen. So zeigte sich kein Unterschied zwischen der PTBS-Prävalenz bei Menschen, deren Flucht weniger als 4 Jahre zurück lag, und denjenigen, die schon vor längerer Zeit aus ihrem Heimatland geflohen sind (Blackmore et al., 2020). Außerdem zeigte sich bei besonders schwerwiegenden Traumatisierungen, wie z.B. das Überleben eines Genozids, dass schwere PTBS-Symptome noch Jahrzehnte später festgestellt werden können (Ahmad et al., 2000; Dworkin et al., 2008; Rugema et al., 2015; Schaal & Elbert, 2006; Weine et al., 1995).

Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass Geflüchtete eine besonders vulnerable Gruppe für die Entwicklung einer PTBS darstellen, aber auch für einen chronischen PTBS-Verlauf. Um eine adäquate Versorgung in den Aufnahmeländern gewährleisten zu können, sind spezifische Studien zur PTBS bei Geflüchteten unabdingbar.

### **1.5 Sekundärtraumatisierung bei Helfenden**

Die immense Traumaschwere, die Geflüchtete aufweisen können, stellt auch professionell Helfende in den aufnehmenden Ländern vor Herausforderungen. Durch den engen Kontakt zu ihren Klient:innen, sind Helfende in der Flüchtlingsversorgung häufig mit Details traumatischer Ereignisse konfrontiert (Lusk & Terrazas, 2015). Die wiederholte Konfrontation mit traumatischen Details einer Person kann zur Entwicklung typischer posttraumatischer Symptome wie Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Übererregung bei einer anderen Person führen, auch wenn diese nie in der ursprünglich traumatisierenden Situation war (Daniels, 2008). Der Auslöser liegt dabei nicht wie bei einer PTBS in einem direkt erlebten traumatischen Ereignis, sondern in einer indirekten Konfrontation durch Erzählungen. Dieses Phänomen wird Sekundärtraumatisierung genannt und konnte bereits in verschiedenen sozialen Berufen nachgewiesen werden (Bride, 2007; Kindermann et al., 2017; Kindermann et al., 2019). Sekundärtraumatisierung wird als eine Art der Traumatisierung definiert, die durch die Berichte traumatisierter Individuen, jedoch ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas und mit zeitlicher Distanz dazu auftritt (Daniels, 2008). Die Sekundärtraumatisierung ist deutlich weniger erforscht als die PTBS und in Fachkreisen umstritten (Sonnenmoser, 2010). Beispielsweise wird die Vermutung angestellt, dass es sich bei den gefundenen Sekundärtraumatisierungen im Grunde um eigene frühere Traumatisierungen handeln könnte (Jurisch et al., 2009). Auch für ein empirisch belegtes Rahmenmodell von Risiko- und Schutzfaktoren, wie eingangs bei der PTBS vorgestellt, reicht die bisherige Studienlage in



## Einleitung

Bezug auf die Sekundärtraumatisierung noch nicht aus. Es gibt jedoch erste Studienergebnisse, beispielweise mit Dolmetscher:innen in der Arbeit mit Geflüchteten. So konnte Kindermann et al. (2019) Zusammenhänge zwischen Bindungsstilen (Bartholomew & Horowitz, 1991) und Sekundärtraumatisierung belegen.

Dass eine Sekundärtraumatisierung nicht nur die Gesundheit der helfenden Person beeinträchtigt, sondern sich auch negativ auf die Versorgung ihrer Klient:innen auswirken kann (Zimering et al., 2003), zeigt die fatalen Konsequenzen und folglich den dringenden Bedarf an weiterer Forschung zum besseren Verständnis der Sekundärtraumatisierung. Das schließt auch, ähnlich zur PTBS-Forschung, die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren mit ein.

### **1.6 Psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter in Deutschland**

Das Verständnis, die Äußerung und die Interpretation von psychischen Beschwerden variieren je nach Kultur deutlich. So führt ein geringer Zugang zu psychischen Beschwerden in nicht-westlichen Gesellschaften vermehrt zur Äußerung körperlicher Beschwerden, häufig auch zu ganzheitlich körperbezogenen Schmerzen (Kizilhan, 2009). Trotz der interkulturellen Unterschiede konnte gezeigt werden, dass PTBS-Behandlungen von Geflüchteten in Deutschland wirksam sind (Stammel et al., 2017). Betrachtet man allerdings die Versorgungssituation traumatisierter Geflüchteter in Deutschland, werden mangelnde psychotherapeutische Angebote und erschwerte Zugangsmöglichkeiten zu psychotherapeutischen und psychosozialen Strukturen deutlich (Böttche et al., 2016). Darüber hinaus ist durch frühere Studien bekannt, dass die Anzahl der Trauma-Opfer, die sich trotz bestehender Beschwerden keine psychotherapeutische Hilfe suchen, auffallend hoch ist (Hoge et al., 2004; Lewis et al., 2005; Norris et al., 1990). Als Hürden wurden die wahrgenommene Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Psychotherapie sowie Schwierigkeiten in der Terminplanung oder der Mobilität genannt (Hoge et al., 2004). Für Geflüchtete kann diese Barriere zum psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssystem aus individuellen Hürden (z.B. unterschiedliche Krankheits- und Behandlungskonzepte, Selbststigmatisierung, Schamgefühl), strukturellen Hürden (z.B. Mangel an multilingualen und kultursensiblen Angeboten) und sozialen Hürden (z.B. Stigmatisierung im sozialen Umfeld) bestehen (vgl. Schneider et al., 2017).

### **1.7 Innovative Versorgungskonzepte als Lösungsansätze**

Im Folgenden werden zwei Ansätze zum Umgang mit der angespannten Versorgungssituation Geflüchteter in den Aufnahmeländern vorgestellt und anhand spezifischer Beispiele verdeutlicht.

### **1.7.1 Gestufte Versorgungsmodelle**

Grundprinzipien und gängige Praxen aus der Not- und Entwicklungshilfe könnten mögliche Lösungsansätze für die angespannte Versorgungssituation traumatisierter Geflüchteter in den aufnehmenden Ländern aufzeigen (Bajbouj et al., 2018). Als ein Kernprinzip gilt in diesem Kontext die psychische Gesundheitsversorgung ressourcensparend und bedarfsorientiert in verschiedenen Stufen aufzubauen (Inter-Agency Standing Committee, 2006). In gestuften Versorgungsmodellen (engl. Stepped Care) sollte demnach mit psychosozialen Interventionen in einer geringstmöglichen, evidenzbasiert wirksamen Intensität begonnen werden (Bajbouj et al., 2018; Haaga, 2000). So können die verschiedenen Interventionen in abgestufter Weise den verschiedenen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden (Bajbouj et al., 2018). Erst die oberste Stufe bilden spezialisierte Expert:inneninterventionen, die überwiegend von Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen durchgeführt werden (Bajbouj et al., 2018). Eine Grundlage für die Zuordnung der Betroffenen zu einer Intervention mit entsprechender Intensität kann auch die frühzeitige, individuelle Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren bilden. Dieser Ansatz zur ressourcensparenden und bedarfsgerechten Versorgung Geflüchteter findet in wissenschaftlichen Studien zunehmend Beachtung (Böge et al., 2020; Rosner et al., 2020; Trilesnik et al., 2019). In Deutschland dominiert gegenwärtig jedoch ein Matched-care Behandlungsansatz, der sich an den Behandlungspräferenzen der Patient:innen und den im Umfeld verfügbaren Angeboten orientiert (Schneider et al., 2017).

**Niederschwellige Interventionen am Beispiel web-basierter Ansätze.** Bevor die Notwendigkeit für spezialisierte Expert:inneninterventionen erreicht ist, können niederschwellige, in der Breite anwendbare und allgemein verfügbare psychosoziale Behandlungsangebote gemacht werden (z.B. Internetbasierte Angebote; Selbsthilfe-Interventionen). Die Effektivität von niederschweligen Selbsthilfe-Interventionen bei verschiedenen psychischen Störungen zeigte sich bereits in mehreren Studien (Cuijpers et al., 2010; den Boer et al., 2004; Gould & Clum, 1993). Basierend auf der Beobachtung, dass viele Geflüchtete Smartphones besitzen, bieten insbesondere internetbasierte Angebote einige Vorteile (Schneider et al., 2017). Die zeitliche und örtliche Flexibilität vieler technikbasierter, niederschwelliger Intervention sowie die Möglichkeit der Anonymität könnten Berührungängste mit psychosozialer Versorgung senken. Die Kosteneffektivität und die einfache Sprachadaptation bietet den Vorteil, einer breiteren Zielgruppe Zugang zu verschaffen. Dass webbasierte Interventionen bei Traumafolgestörungen machbar sind und

## Einleitung

ähnliche Erfolge erzielen können wie herkömmliche psychosoziale Behandlungen, konnte bereits belegt werden (Amstadter et al., 2009). Zudem eignen sich insbesondere psychoedukative Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz und Reduktion von Stigmatisierung (Kelly et al., 2007; Tsang et al., 2016). Erste Studienergebnisse sprechen zudem dafür, dass web-basierten Interventionen PTBS-Symptome bei Menschen aus dem arabischen Kulturraum in gleichem Maße zu einer Symptomreduktion beitragen wie bei Betroffenen aus dem westlichen Kulturkreis (Knaevelsrud et al., 2015). Viele der bisher untersuchten Online-Interventionen basieren jedoch auf schriftlichen Informationen und einem web-basierten Austausch zwischen Psychotherapeut:innen und Patient:innen. Dies steht in Konflikt zu einem niederschweligen Zugang für Geflüchtete mit begrenzten Schriftkenntnissen und zu begrenzten personellen Ressourcen. An Studien, die ressourcensparende, nicht auf schriftlicher Sprache basierende Online-Interventionen für traumatisierte Geflüchtete in den aufnehmenden Ländern untersuchen, mangelt es bisher.

### *1.7.2 Humanitäre Aufnahmeprogramme*

Durch humanitäre Aufnahmeprogramme (HAP) wird in akuten Kriegs- und Krisensituationen die zeitnahe Aufnahme einer größeren Anzahl besonders schutzbedürftiger Menschen unabhängig von einem Asylverfahren ermöglicht (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2022). Die rechtliche Grundlage bildet in Deutschland §23 Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes. Die aufgenommenen Personen erhalten zunächst eine befristete Aufenthaltserlaubnis. Bis 2014 wurden humanitäre Aufnahmeprogramme in Deutschland ausschließlich durch den Bund ausgeführt.

**Das Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak.** Im Sommer 2014 ereigneten sich durch die außerordentlich gewalttätige Expansion des sogenannten Islamischen Staats u. a. in der Region des Nordiraks und des Sindschar-Gebirges entsetzliche Gräueltaten, vorwiegend gegenüber der dort ansässigen ethno-religiösen Gemeinschaft der Ezid:innen (Dulz, 2016). Zu den gängigen Methoden des IS gehörten Hinrichtungen, insbesondere der männlichen und älteren Bevölkerung, Versklavung und sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen sowie die Ausbildung von Kindersoldaten (Mohammadi, 2016). Zwei Jahre später stuften die Vereinten Nationen die Taten des IS als Genozid an den Ezid:innen ein (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2016).

Als Reaktion auf die massiven Übergriffe im Sindschar-Gebirge fiel auf einem Flüchtlingsgipfel der Landesregierung Baden-Württemberg am 13.10.2014 initiiert durch

## Einleitung

Ministerpräsident Winfried Kretschmann der überparteiliche Entschluss ein Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak einzurichten. Nach Verhandlungen mit entsprechenden Regierungsverantwortlichen im Nordirak, waren drei Monate später, im Januar 2015, die ersten Mitarbeiter:innen des neuen Sonderkontingents vor Ort im Nordirak. Von März 2015 bis Januar 2016 konnten 1100 als besonders belastet ausgewählte Frauen und Kinder nach Deutschland ausgeflogen werden. Davon konnten 1000 Frauen und Kinder auf 22 Kommunen in Baden-Württemberg verteilt werden, 100 weitere Personen wurden von Schleswig-Holstein und Niedersachsen aufgenommen (Zipfel et al., 2016). Zielsetzung des humanitären Modellprojekts war es, den Aufgenommenen medizinische und insbesondere psychotherapeutische Versorgung in sicherer Umgebung zur Verfügung zu stellen. Mit dem Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak konnte erstmalig ein humanitäres Aufnahmeprojekt für Binnenvertriebene auf föderaler Ebene eines Bundeslandes geschaffen werden (Junne et al., 2019).

Das Sonderkontingent verfügte über eine besonders geförderte Versorgungsstruktur, um dem hohen Ausmaß an Traumatisierung der Aufgenommenen gerecht zu werden. Damit den beschriebenen strukturellen Hürden psychotherapeutischer Versorgung (z.B. mangelnde Versorgungsangebote, fehlende Kostenübernahme) vorgebeugt werden konnte, wurden Gelder explizit für die psychotherapeutische Versorgung bereitgestellt und Psychotherapeut:innen für das Sonderkontingent rekrutiert. Auch wurde in einzelnen Städten ein gestuftes Versorgungskonzept installiert (Hillebrecht et al., 2018). Zudem umfasste das Sonderkontingent eine temporäre Aufenthaltserlaubnis von zwei Jahren, mit dem Recht sich danach auf eine permanente Aufnahmeerlaubnis bewerben zu können, Unterbringung in gesonderten Gemeinschaftsunterkünften mit Sicherheitservice, die ausschließlich von Aufgenommenen durch das Sonderkontingent bewohnt wurden, Sozialarbeiter:innen, meist mit Büro in der Unterkunft, medizinische Versorgung, Dolmetscherinnendienste, Sozialleistungen und Sprachkurse. Somit waren unterschiedliche Berufsgruppen wie u.a. Sozialarbeiter:innen, Dolmetscher:innen, Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen intensiv in das Sonderkontingent eingebunden.

Eine ausführliche Projektbeschreibung inklusiver politischer, historischer und organisatorischer Hintergründe findet sich in dem Herausgeberwerk „Aus der Gewalt des „Islamischen Staates“ nach Baden-Württemberg“, bei dem die Autorin dieser Dissertation als Herausgeberin sowie als Autorin mehrerer Kapitel tätig war (Junne et al., 2019).

## Zielsetzung

### **2. Zielsetzung**

Die eingangs dargestellten Zahlen Geflüchteter weltweit sowie die erhöhte Wahrscheinlichkeit von psychischen Erkrankungen nach Fluchterfahrungen stellen die Versorgungssysteme der aufnehmenden Länder vor Herausforderungen und werfen elementare Fragen der PTBS-Forschung erneut kontextspezifisch auf. Die spezielle Überforderungssituation in der psychosozialen Versorgung Geflüchteter seit den hohen Zahlen an Asylerstanträgen in den Jahren 2015 und 2016 rückt zudem die arbeitsbezogene Belastung der Helfenden in den Fokus. Die frühzeitige Identifikation von Risikogruppen sowie zielgerichtete Interventionen, beispielsweise niederschwellige Online-Interventionen im Sinne eines Stepped Care Ansatzes, könnten zur Entlastung von Geflüchteten und professionell Helfenden beitragen. Mit dem Ziel, einen evidenzbasierten Beitrag zu einer nachhaltigen Versorgung der psychischen Gesundheit Geflüchteter zu leisten, widmet sich die vorliegende Dissertation den folgenden drei übergeordneten Forschungsfragen:

- 1) Was sind Risikofaktoren für einen schweren Verlauf der PTBS bei Geflüchteten im Aufnahmeland und welche Faktoren gehen mit einer Symptomverbesserung über die Zeit einher?
- 2) Was sind Risiko- und Schutzfaktoren für eine Sekundärtraumatisierung durch die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten?
- 3) Welchen Mehrwert bringt eine niederschwellige psychoedukative Online-Intervention in der aktuell angespannten Versorgungssituation Geflüchteter in den aufnehmenden Ländern?



### **3. Ergebnisse und Diskussion**

Die vorliegende Dissertation setzt sich aus drei Studien zusammen. Jede erfasst Teilaspekte der psychosozialen Auswirkungen von Trauma und Flucht. Um ein möglichst breites Bild der Realität abbilden zu können, werden in dieser Dissertation verschiedene methodische Zugänge genutzt und die Perspektiven zweier unterschiedlicher Populationen Geflüchteter und einer multiprofessionellen Gruppe Helfender erfasst. Im Folgenden werden die Studien vorgestellt, die Ergebnisse und deren Implikationen diskutiert sowie die Stärken und Limitationen der Dissertation beleuchtet.

#### **3.1 Vorstellung der Studien**

Die Studien der vorliegenden Dissertation sind Teil des durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg geförderten Forschungsprojekts „Entwicklung und Implementierung von Versorgungskonzepten für traumatisierte Flüchtlinge und belastete Helfer“. Studie 1 und 2 erfassen die psychischen Belastungen und Ressourcen der beteiligten Personengruppen: Der Geflüchteten selbst sowie der ehrenamtlich und professionell Helfenden. Dabei beleuchtet Studie 1 den Langzeitverlauf der psychischen Auswirkungen des Überlebens extrem traumatischer Ereignisse anhand der mehrheitlich ezidischen Frauen des „Sonderkontingents für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“. Studie 2 erfasst die Sekundärtraumatisierung der Projektmitarbeitenden dieses ersten auf föderaler Bundesebene geschaffenen humanitären Aufnahmeprojekts für Binnenvertriebene. Beide Studien beleuchten die Thematik von einer pathogenen aber auch einer salutogenen Perspektive, erfassen Risiko- und Schutzfaktoren der Erkrankungen, Belastungen sowie Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Auf diesen Erkenntnissen aufbauend, wurde für diese Dissertation der psychoedukative Animationsfilm „Bewältigung von Flucht und Trauma“ entwickelt. Studie 3 evaluiert den neuentwickelten Film in einem mixed-method Längsschnittdesign und überprüft, inwieweit diese niederschwellige Online-Intervention zum Abbau von Stigmata und dem Aufsuchen von professioneller Hilfe beitragen kann. Im Folgenden werden die drei Studien der vorliegenden Dissertation einzeln vorgestellt und durch weitere Forschungsergebnisse der Autorin ergänzt. Eine Übersicht der drei Studien der Dissertation bietet Tabelle 4.

### ***3.1.1 Studie 1: Post-migratorischer Verlauf psychischer Belastungen und Bewältigungsstrategien bei geflüchteten Frauen aus dem Nordirak***

*Titel der Publikation: Longitudinal changes in posttraumatic stress disorder after resettlement among Yazidi female refugees exposed to violence.*

Beispielhaft für eine Gruppe Geflüchteter, die äußerst schwerwiegenden, interpersonellen Typ-II Traumata ausgesetzt waren, beleuchtet Studie 1 der Dissertation den längsschnittlichen Verlauf der psychischen Belastung der vorwiegend ezidischen Frauen, die durch das baden-württembergische „Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ nach Deutschland fliehen konnten (Denkinger et al., 2021). Die Studie ist Teil einer Kooperation der Harvard Humanitarian Initiative (HHI) und der Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen. Die Datenerhebung fand zwischen September 2017 und Januar 2019 in 14 verschiedenen Aufnahmekommunen in Baden-Württemberg statt.

Nach durchschnittlich zwei Jahren in Deutschland nahmen 116 Frauen des Sonderkontingents (ca. 29% aller in Baden-Württemberg durch das Sonderkontingent aufgenommenen Frauen) an der Studie teil. Ein Jahr später konnten 96 der Frauen (83%) für eine Teilnahme an der Follow-up Befragung gewonnen werden. Das übergeordnete Forschungsprojekt beinhaltete neben quantitativen Methoden der Studie 1 [z.B. dem PTBS-Screening Fragebogen Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar, 1997)], auch qualitative Methoden (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019; Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, & Junne, 2019; Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, Kizilhan, et al., 2019). Aufgrund der geringen Alphabetisierungsrate fanden der quantitative sowie der qualitative Teil des Forschungsprojekts vollständig in dolmetscherinnengestützter Interview-Form auf kurdisch-kurmanci statt.

Die Studienziele bestanden im Einzelnen darin, **1.1)** die PTBS Symptomschwere und deren Verlauf bei Geflüchteten im Aufnahmeland Deutschland zu erfassen, **1.2)** Risiko- und Schutzfaktoren für den Verlauf der PTBS zu identifizieren und **1.3)** hilfreiche Bewältigungsstrategien der schwer traumatisierten Geflüchteten zu erfassen.

**Ziel 1.1.** Die durch die Impact of Event Scale-Revised ermittelte PTBS-Symptomschwere entspricht einer wahrscheinlichen PTBS-Prävalenz von über 90%. Ein Jahr



## Ergebnisse und Diskussion

später, nach ca. drei Jahren im Aufnahmeland Deutschland, zeigte sich keine signifikante Veränderung der Symptomschwere.

**Ziel 1.2.** Signifikante Zusammenhänge, ermittelt durch multiple lineare Regressionen, zeigten sich zwischen einer hohen Anzahl an Tagen in IS-Gefangenschaft und der PTBS-Symptomschwere sowie zwischen einer hohen Belastung durch Intrusionen zum ersten Erhebungszeitpunkt und einer hohen PTBS-Belastung im darauffolgenden Jahr. Die Belastung durch die PTBS-Symptomcluster Vermeidung und Hyperarousal trugen nicht signifikant zu einer erhöhten PTBS-Belastung ein Jahr später bei. Eine PTBS-Symptomabnahme innerhalb eines Jahres im Aufnahmeland Deutschland ging mit einer Stärkung des religiösen Glaubens durch die traumatischen Ereignisse sowie mit einer Stärkung der sozialen Beziehungen im postmigratorischen Kontext einher.

**Ziel 1.3.** Als hilfreiche Bewältigungsstrategien wurden zu beiden Messzeitpunkten die Ausübung des religiösen Glaubens durch regelmäßiges Beten, der Glaube an die kollektive Stärke der ezidischen Gemeinschaft und der Glaube an die eigene individuelle Stärke bewertet. Dabei nahm die Präferenz der Strategie Beten über Zeit eines Jahres etwas ab, während die Präferenz bezüglich des Glaubens an die eigene Stärke signifikant zunahm.

**Ergänzende Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews.** Die qualitativen Ergebnisse der für Studie 1 aufgezeichneten Interviews sind separat in drei Buchkapitel des Herausgeberwerks *Aus der Gewalt des „Islamischen Staates“ nach Baden-Württemberg* veröffentlicht (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019; Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, & Junne, 2019; Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, Kizilhan, et al., 2019). Die Systematik des Genozids an den Ezid:innen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2016) konnte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) herausgearbeitet und in 18 differenzierte Formen der Gewalt untergliedert werden, darunter Mord, Folter, sexualisierte Gewalt, Zwangsarbeit und Menschenhandel (Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, & Junne, 2019). Die qualitativen Ergebnisse sprechen zudem dafür, dass die traumatischen Erfahrungen zum Zeitpunkt der Befragung, zwei Jahre nach Ankunft in Deutschland, weiterhin andauern. Die Befragten beklagten vermisste Familienangehörige, die sich möglicherweise noch immer in IS-Händen befinden, darunter die eigenen Kinder (Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, & Junne, 2019).

## Ergebnisse und Diskussion

Die Auswertungen der Interviews ergaben des Weiteren Hinweise auf das Vorliegen einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung in der Studienstichprobe (Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, Kizilhan, et al., 2019). So werden beispielsweise erhebliche Veränderungen in Beziehungen zu anderen deutlich, wie soziale Isolation, verlorenes Vertrauen in andere Menschen oder Ungeduld und Reizbarkeit in sozialen Interaktionen.

Die qualitativen Ergebnisse erweitern Studie 1 auch um verschiedene Teilaspekte sozialer und religiöser Bewältigungsstrategien. Neben der Handlung des Betens konnten auch das Vertrauen in Gottes Hilfe, die Bewertung der Ereignisse als von Gott gewollt, die identitätsstiftende Bedeutung des Glaubens, die Verbindung zu den Verstorbenen durch den Glauben und die wertschätzende Haltung des religiösen Oberhauptes, Baba Sheikh, den Überlebenden gegenüber als Aspekte der religiösen Bewältigung identifiziert werden (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019).

Zudem konnten verschiedenen Aspekte, die den Glauben an die individuelle Stärke der Frauen als subjektiv hilfreiche Bewältigungsstrategie ausmachen, durch die qualitativen Interviews erfasst werden. Die Frauen beschrieben Kraft daraus zu schöpfen, überlebt zu haben, dem IS entkommen zu sein und ihm somit die Stirn geboten zu haben. Auch benannten die Frauen Kraft daraus zu schöpfen, für ihre Kinder stark sein zu wollen, das eigene Leben in Deutschland selbstständig organisieren zu können und sich selbstwirksam dabei zu fühlen.

Mittels der qualitativen Auswertung der Interviews konnten zusätzliche als hilfreich bewertete individuelle und kollektive Bewältigungsstrategien identifiziert werden. So wurde die Relevanz des Aufbaues einer Erinnerungskultur deutlich. Auch Aufklärungsarbeit zu leisten, wurde von einigen Frauen benannt. Die Frauen beschrieben den Kampf gegen den IS dadurch weiterzuführen (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019). Somit veranschaulichen, erklären und erweitern die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews die quantitativen Ergebnisse der Studie 1.

**Die Perspektive der professionell Helfenden auf Geflüchtete.** Im Kontext einer komplexen Versorgungsrealität spielt neben der Selbstwahrnehmung der Betroffenen auch die Fremdwahrnehmung durch professionell Helfende eine Rolle. Im dieser Dissertation übergeordneten Forschungsprojekt wurden deshalb auch die beteiligten Helfenden nach ihrer Einschätzung zur Belastung der geflüchteten Frauen des Sonderkontingents befragt (Rometsch-Ogioun El Sount et al., 2018). Übereinstimmend mit der Selbstwahrnehmung wurde die

## Ergebnisse und Diskussion

Belastung der aufgenommenen Frauen auch in der professionellen Fremdwahrnehmung als hoch eingestuft. Aus Sicht der Helfenden sind die Geflüchteten besonders belastet aufgrund der Sorge um Familienmitglieder im Irak und deren Chance auf Asyl in Deutschland, sowie aufgrund einer unsicheren Zukunft (Rometsch-Ogioun El Sount et al., 2018). Auch sahen die Helfenden Alpträume, ein Symptom aus dem Bereich der Intrusionen, und Schlafstörungen im Allgemeinen als besonders stark ausgeprägt bei den geflüchteten Frauen an (Rometsch-Ogioun El Sount et al., 2018). Schmerzen, beispielweise Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen, wurden sowohl von den Frauen als auch von den Helfenden als relevante somatische Komponente eingestuft (Rometsch, Denkinger, Engelhardt, Windthorst, Graf, Gibbons, et al., 2020; Rometsch, Denkinger, Engelhardt, Windthorst, Graf, Nikendei, et al., 2020). Die Fremdwahrnehmung durch professionell Helfende zeigt hier demnach deutliche Übereinstimmungen mit der Selbstwahrnehmung der Betroffenen.

### ***3.1.2 Studie 2: Sekundärtraumatisierung in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten***

*Titel der Publikation: Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “islamic state”.*

Studie 2 beleuchtet eine Traumafolge, die häufig mit den in Studie 1 erfassten Belastungen einhergeht, jedoch oft vernachlässigt wird: Die psychische Belastung der professionell Helfenden in der Arbeit mit Geflüchteten. Während eines Netzwerktreffens des Sonderkontingents im April 2018, 16 Monate nach Beginn der Aufnahmen, führten wir eine Querschnittsbefragung der Helfenden des Sonderkontingents im gemischt methodischen Design (engl. mixed-methods) durch (Denkinger et al., 2018). Ziele der Studie 2 waren **2.1**) die Erhebung der Prävalenz der Sekundärtraumatisierung bei Helfenden in der direkten Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten, **2.2**) die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung einer Sekundärtraumatisierung und **2.3**) die Erfassung spezifischer Stressoren und Ressourcen der Helfenden.

**Ziel 2.1.** Mittels des Fragebogens zur Sekundärtraumatisierung (Daniels, 2006) zeigte sich, dass 22,9% der befragten 84 Mitarbeitenden (u.a. Sozialarbeiter:innen, Therapeut:innen und Dolmetscher:innen) während ihrer Arbeit im Sonderkontingent an einer Sekundärtraumatisierung litten. Eine schwere Form der Sekundärtraumatisierung konnte bei 8,6% der Studienteilnehmenden festgestellt werden.

**Ziel 2.2.** Höhere Werte der Sekundärtraumatisierung gingen mit früheren eigenen traumatischen Erfahrungen und einer eigenen Fluchtgeschichte einher sowie mit einem

## Ergebnisse und Diskussion

anklammernden Beziehungsstil der professionell Helfenden und mit einer hohen Anzahl an Wochenstunden im direkten Kontakt mit traumatisierten Geflüchteten. Das Miterleben des Leids der Betroffenen wurde als besonders belastend erlebt und auch diese Belastung zeigte sich als stark mit der Sekundärtraumatisierung assoziiert. Ein sicherer Bindungsstil sowie die Kommunikation mit Kolleg:innen zeigte sich als negativ mit Sekundärtraumatisierung assoziiert.

**Ziel 2.3.** Das Miterleben des Leids der Betroffenen und Unterschiede in der Kindererziehung stuften die Helfenden im Mittel als belastend ein. Religiöse Unterschiede schätzten sie hingegen als wenig belastend ein. Als hilfreiche Ressourcen für die eigene Arbeit bewerteten die Befragten Kommunikation mit Kolleg:innen der Unterkunft, die Wahrnehmung der Arbeit als sinnvoll und bereits erworbene Kompetenzen.

**Ergänzende qualitative Interviews und Fokusgruppen.** Zusätzlich zur Fragebogenerhebung der Studie 2 führten wir mit den Mitarbeitenden des Sonderkontingents qualitative Interviews und Fokusgruppen durch. Die Studienteilnehmer:innen beschrieben in diesen qualitativen Formaten soziale Faktoren als wichtige Ressource für die Arbeit mit Geflüchteten. So wurden der kollegiale Austausch und ein Rückhalt im Team als hilfreich angesehen, aber auch eine vertrauensvolle Beziehung zu den Geflüchteten (Engelhardt et al., 2019).

**Vergleich mit der allgemeinen Flüchtlingsversorgung.** Die in Studie 2 erhobenen Daten wurden Hillebrecht (2019) für einen Vergleich der arbeitsbezogenen Belastungen zwischen den Helfenden des Sonderkontingents und Mitarbeitenden der allgemeinen Flüchtlingsversorgung zur Verfügung gestellt. Zwischen den beiden Gruppen zeigte sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Sekundärtraumatisierung (Hillebrecht, 2019).

### ***3.1.3 Studie 3: Entwicklung und Evaluation eines niederschweligen psychoedukativen Animationsfilms für Geflüchtete***

*Titel der Publikation: Addressing barriers to mental health services: Evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people.*

Die in Studie 1 und 2 erfassten Belastungen aus verschiedenen Perspektiven verdeutlichen den erhöhten Handlungsbedarf im Kontext Trauma und Flucht. Studie 3 dieser Dissertation geht mit der Entwicklung und Evaluation einer eigenen Intervention für belastete Geflüchtete einen Schritt weiter. Als niederschwellige Intervention im Sinne eines Stepped Care Ansatzes (Haaga, 2000) wurde für Studie 3 der psychoedukative Animationsfilm

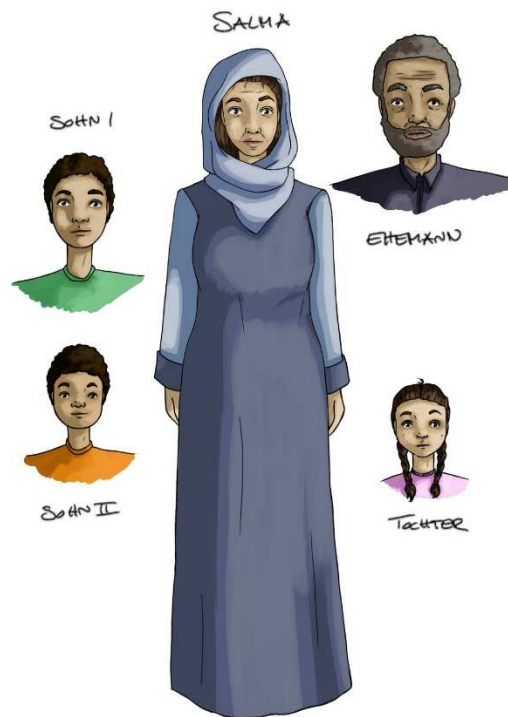
## Ergebnisse und Diskussion

„Bewältigung von Flucht und Trauma“ entwickelt (Denkinger et al., 2022). Dieser soll Geflüchtete über die Symptomatik und Behandlung von Traumafolgestörungen aufklären, zu einer Reflektion eigener Symptome anregen und psychotherapeutische Angebote vorstellen. Der Film soll auf diese Weise zur Reduktion von Selbststigmatisierung beitragen und die Offenheit für psychotherapeutische Behandlungen erhöhen. Vor diesem Hintergrund setzt Studie 3 den Fokus auf eine weitere Belastung im Kontext Trauma und Flucht und auf eine wesentliche Hürde bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe: Selbststigmatisierung bei psychischen Erkrankungen.

**Entwicklung eines psychoedukativen Animationsfilms.** Um den Film bedarfsorientiert zu entwickeln, führten wir im Vorhinein eine Fokusgruppe mit Expert:innen des psychosozialen Zentrums für traumatisierte Flüchtlinge, refugio e.v., durch. Auf Grundlage der Fokusgruppe, der bisherigen Literatur und der vorherigen Projektergebnisse dieser Dissertation entwickelte die Autorin in enger Absprache mit der Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie und Migrationspsychosomatik“ des Universitätsklinikums Tübingen und den Expert:innen von refugio e.v. ein Filmskript, das durch eine Kooperation mit dem Zentrum für Medienkompetenz der Universität Tübingen als Animationsfilm umgesetzt werden konnte (Abbildung 2). Die Darstellungsart Animationsfilm wurde gewählt, um Inhalte auf einfache und bildhafte Weise vermitteln zu können und damit auch analphabetische Geflüchtete erreichen zu können. Vorläufige Versionen des Films wurden mit Repräsentant:innen der Zielgruppe sowie Expert:innen für psychische Gesundheit pilotiert und adaptiert. Der Film wurde auf Deutsch, Englisch und Arabisch vertont.

### Abbildung 2

Darstellung der Protagonistin Salma des für diese Dissertation entwickelten Animationsfilms „Bewältigung von Flucht und Trauma“



Im Film sind parallel zwei geschlechtshomogene Gruppentherapien zu sehen. Die Gruppenteilnehmenden sind so angeordnet, dass die Zuschauenden als Teil eines Stuhlkreises gedacht werden können. Eine Psychotherapeutin und ein Psychotherapeut leiten sowohl durch die Therapien als auch durch den Film. Es ist zu sehen, wie die Protagonist:innen Salma und Yusef in ihren jeweiligen Gruppentherapien von ihren Fluchterfahrungen und ihren aktuellen Belastungen berichten (Abbildung 3). Mit den anderen Gruppenteilnehmenden tauschen sie sich über funktionale und dysfunktionale Bewältigungsstrategien aus. Die Betroffenenberichte werden durch die Psychotherapeut:innen eingeordnet und erklärt. Das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung wird vorgestellt. Dabei sprechen die Therapeut:innen Vorurteile direkt an und relativieren diese. Sie erklären das Konzept der Psychotherapie, den Zugang dazu und sprechen mögliche Hindernisse an. Der Film endet mit einer symbolischen Darstellung eines erfolgreichen Therapieprozesses.

**Abbildung 3**

Auszug aus dem Film „Bewältigung von Flucht und Trauma“



**Evaluation des Animationsfilms.** Die Evaluation des neuentwickelten Films erfolgte mittels einer längsschnittlichen mixed-methods Online-Studie mit drei Messzeitpunkten (prä, post, 3-Monats-follow-up). Teilnehmende waren 134 Geflüchtete aus 23 Heimatländern (davon 54% aus Syrien, 9% aus dem Irak, 6% auf Afghanistan), die in sieben verschiedenen Aufnahmeländern lebten (davon 84% in Deutschland und jeweils 6% in Österreich und Belgien). Die ermittelte PTBS-Prävalenz der Studienstichprobe lag bei 43% bei einer durchschnittlichen bisherigen Aufenthaltsdauer von 4,3 Jahren im Aufnahmeland. Somit verlässt Studie 3 den Rahmen des Sonderkontingents „Norderak“ und wendet sich einer heterogeneren Stichprobe Geflüchteter zu.

## Ergebnisse und Diskussion

Ziele der Evaluation waren **3.1.)** die Überprüfung der Machbarkeit und Akzeptanz des neu entwickelten Films (inklusive Erfassung des subjektiven Nutzens und der möglichen Risiken), **3.2)** die Erfassung der Selbststigmatisierung bei Geflüchteten und deren Veränderbarkeit nach der Intervention, **3.3)** die Erfassung der Offenheit für psychotherapeutische Angebote unter Geflüchteten und deren Veränderbarkeit nach der Intervention. **3.4)** Die Erfassung des Einflusses der PTBS auf Selbststigmatisierung und Offenheit für psychotherapeutische Angebote.

**Ziel 3.1)** Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden gab an, den Film anderen Geflüchteten weiterzuempfehlen (90%) und bewerteten den Film positiv (70%). Der Inhalt und die Sprache des Films wurden von 89% gut verstanden. Teilnehmende berichteten, durch den Film neue Informationen über mentale Gesundheit gewonnen zu haben (50%), die eigenen Symptome besser zu verstehen (56%), besser mit eigener Belastung umgehen zu können (46%), und Behandlungsmöglichkeiten kennen gelernt zu haben (53%). Ein Fünftel der Teilnehmenden gab emotionale Schwierigkeiten bei Anschauen des Films an, beispielsweise Trauer. Davon schauten vier Personen den Film nicht zu Ende. Auch die qualitativen Ergebnisse zeigten, dass der Film kurzfristig angenehme sowie unangenehme Emotionen auslösen kann, aber auch zum Wegfall aversiver Emotionen führen kann.

**Ziel 3.2)** Es ergaben sich erste Hinweise auf eine kurzzeitige Reduktion der Selbststigmatisierung nach der Intervention. In der längsschnittlichen Analyse über alle drei Messzeitpunkte hinweg wurden die Veränderungen über die Zeit jedoch nicht signifikant.

**Ziel 3.3)** Kurz nach der Filmpräsentation zeigte sich eine größere Offenheit psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Offenheit war beim Follow-up Zeitpunkt, durchschnittlich 3,8 Monate später, leicht, aber nicht signifikant erhöht. Zudem zeigte sich ein erhöhtes Aufsuchen von psychotherapeutischen Angeboten (11%) in der Zeit bis zur Follow-up Untersuchung.

**Ziel 3.4)** Selbststigmatisierung psychischer Erkrankungen fiel bei Geflüchteten mit wahrscheinlicher PTBS zu allen drei Messzeitpunkten niedriger aus als bei Geflüchteten ohne Hinweise auf eine PTBS. Dabei beeinflusste das Vorliegen einer PTBS die Entwicklung der Selbststigmatisierung über die Zeit nicht. Im Gegensatz dazu hatte das Vorliegen einer PTBS



## Ergebnisse und Diskussion

keinen Einfluss auf die Offenheit gegenüber psychotherapeutischen Hilfsangeboten und beeinflusste auch die Veränderung dieser Offenheit nach der Intervention nicht.

**Tabelle 4**

*Übersicht zu den Studien der Dissertation*

	<b>Studie 1:</b> Post-migratorischer Verlauf psychischer Belastungen und Bewältigungsstrategien bei geflüchteten Frauen aus dem Nordirak	<b>Studie 2:</b> Sekundärtraumatisierung in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten	<b>Studie 3:</b> Entwicklung und Evaluation eines niederschweligen psychoedukativen Animationsfilms für Geflüchtete
<b>Forschungsfragen</b>	<p><b>F1.1)</b> Wie verändert sich die PTBS-Symptomschwere bei traumatisierten Geflüchteten im Aufnahmeland?</p> <p><b>F1.2)</b> Was sind Risiko- und Schutzfaktoren für den Verlauf der PTBS bei Geflüchteten?</p> <p><b>F3)</b> Welche Bewältigungsstrategien nehmen traumatisierte Geflüchtete als hilfreich wahr?</p>	<p><b>F2.1)</b> Wie hoch ist die Prävalenz der Sekundärtraumatisierung in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten?</p> <p><b>F2.2)</b> Was sind Risiko- und Schutzfaktoren für eine Sekundärtraumatisierung?</p> <p><b>F2.3)</b> Was sind die spezifischen Stressoren und Ressourcen von professionell Helfenden?</p>	<p><b>F3.1)</b> Ist ein Web-basierter Psychoedukationsfilm für Geflüchtete machbar und wird er akzeptiert? Was sind subjektive Nutzen und Risiken?</p> <p><b>F3.2)</b> Verändert sich die Selbststigmatisierung nach Präsentation des Films?</p> <p><b>F3.3)</b> Verändert sich die Offenheit psychotherapeutische Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen unter Geflüchteten nach Präsentation des Films?</p> <p><b>F3.4)</b> Beeinflussen PTBS Symptome die Veränderungen von Selbststigmatisierung und Offenheit psychotherapeutische Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen?</p>
<b>Stichprobe</b>	116 Frauen, die nach IS-Gewalt und Gefangenschaft durch das „Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ nach Baden-Württemberg kamen (Follow-up: 96 Frauen)	84 professionell und ehrenamtlich Helfende (m: 6%, w: 94%) des “Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“, v.a. Sozialarbeiter:innen (60%), Dolmetscher:innen (13%) und Expert:innen für psychische Gesundheit (12%)	Baseline: 134 Geflüchtete (m: 71%, w: 28%, d: 1%) aus 23 unterschiedlichen Herkunftsländern (Syrien: 54%, Irak: 9%, Afghanistan: 6%) Posttest: 117 Geflüchtete Follow-up: 86 Geflüchtete

## Ergebnisse und Diskussion

<b>Design</b>	Prospektive Kohortenstudie mit zwei Messzeitpunkten (ca. 2 und 3 Jahre nach Ankunft in Deutschland)	Querschnittliche Fragebogenerhebung	Mixed-Method Design mit quasi-experimentellem quantitativem Studiendesign mit Prätest, Posttest und 3-Monats-Follow-up Erhebung und zusätzlichem qualitativem Posttest-Telefoninterviews mit einer Substichprobe
<b>Methoden</b>	Dolmetscherinnengestützte, strukturierte Interviews auf kurdisch-kurmanci unter Verwendung der Impact of Event Scale-Revised (IES-R, Weiss & Marmar, 1997) und selbstentwickelten Fragebogen-Items zu Bewältigungsstrategien	Fragebogen zur Sekundärtraumatisierung (FST, Daniels, 2006), Relationship Questionnaire (Bartholomew & Horowitz, 1991), Selbstentwickelte, kontextspezifische Fragebogenitems	Fragebögen, eingebettet in eine Online-Survey: Self-Stigma of Mental Illness (SSOMI) scale (Tucker et al., 2013), Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder (Breslau et al., 1999; Siegrist & Maercker, 2010), Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4, Kliem et al., 2016; Löwe et al., 2010) Selbstentwickelte Fragebogenitems zu soziodemografischen Variablen, Akzeptanz, Machbarkeit und Variablen zu psychotherapeutischen Angeboten; Online-Präsentation des neuentwickelten Films, semistrukturierte Telefoninterviews mit Interview-Leitfaden

## Ergebnisse und Diskussion

---

### Hauptergebnisse

**F1.1)** Zum ersten Messzeitpunkt zeigten 92,7% der Frauen Hinweise auf eine PTBS, beim zweiten Messzeitpunkt 94,7%: kein signifikanter Unterschied in den IES-R Werten über die Zeit. Intrusionen gingen mit höherer Belastung einher als Übererregung und Vermeidung.

**F2)** Eine hohe Belastung durch Intrusionen und eine längere Zeit in Gefangenschaft konnten als potenzielle Risikofaktoren für eine hohe PTBS Symptomschwere ein Jahr später identifiziert werden. Eine posttraumatische Stärkung des religiösen Glaubens und der sozialen Beziehungen zeigten sich mit einer PTBS-Symptomreduktion über die Zeit assoziiert.

**F3)** Beten, der Glaube an eine kollektive Stärke und der Glaube an die eigene, individuelle Stärke wurden zu beiden Zeitpunkten als hilfreich eingeschätzt, sozialer Rückzug als weniger hilfreich. Die Einschätzungen der Bewältigungsstrategien beider Messzeitpunkte unterschieden sich nur im Folgenden: Der Glaube an die individuelle Stärke wurde zum zweiten Zeitpunkt hilfreicher eingeschätzt als zum ersten Messzeitpunkt. Beten wurde

**F2.1)** Die Prävalenz der Sekundärtraumatisierung seit der Arbeit im Sonderkontingent lag bei 22,9%. Dabei litten 8,6% unter einer schweren Symptomatik.

**F2.2)** Als Potenzielle Risikofaktoren für eine Sekundärtraumatisierung konnten folgende Faktoren identifiziert werden: Eigene Traumaerfahrungen, eigene Fluchterfahrungen, viele Stunden in direktem Kontakt mit Betroffenen sowie ein anklammernder Bindungsstil. Als ein potenzieller Schutzfaktor für eine Sekundärtraumatisierung konnte in sicherer Bindungsstil identifiziert werden.

**F2.3)** Das Miterleben des Leids der Betroffenen und Unterschiede in der Kindererziehung wurden im Mittel als belastend eingeschätzt. Kommunikation mit Kolleg:innen der Unterkunft, Bewusstsein etwas Sinnvolles zu leisten sowie das bereits erworbene Wissen und eigene Kompetenzen wurden als hilfreiche Ressourcen empfunden.

**F3.1)** Im Durchschnitt wurde der Film als „eher gut“ bewertet, 89,7% der Teilnehmenden würden den Film anderen Geflüchteten weiterempfehlen. Emotionalen Schwierigkeiten beim Anschauen benannten 20% der Teilnehmenden.

**F3.2)** Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der Selbststigmatisierung direkt nach dem Anschauen des Films. Diese Reduktion wurde im prä-post-follow-up Vergleich jedoch nicht mehr signifikant.

**F3.3)** Die Offenheit psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen nahm direkt nach Anschauen des Films signifikant zu und blieb auch zum Follow-up Zeitpunkt leicht erhöht, jedoch ohne signifikanten Unterschied zum prä- oder zum Postzeitpunkt.

**F3.4)** Die Selbststigmatisierung war bei Menschen mit Verdacht auf PTBS zu allen drei Messzeitpunkten höher ausgeprägt als bei Menschen ohne PTBS. PTBS hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Offenheit psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

---

## Ergebnisse und Diskussion

zum zweiten Zeitpunkt weniger hilfreich eingeschätzt.

<b>Interpretation</b>	<p>Geflüchtete Frauen mit schweren Traumaerfahrungen haben ein hohes Risiko für eine chronische PTBS im Aufnahmeland. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen spezifische Risikofaktoren auf, an denen besonders gefährdete geflüchtete Frauen identifiziert werden können: Eine langanhaltende Traumaerfahrung, eine hohe Belastung durch Intrusionen sowie eine posttraumatische Verschlechterung der sozialen Beziehungen und des religiösen Glaubens. Ebenso bieten die hier identifizierten Prädiktoren sowie die als hilfreich bewerteten Bewältigungsstrategien Ansatzpunkte für Interventionen.</p>	<p>Helfende in der Flüchtlingshilfe sind dem Risiko einer Sekundärtraumatisierung ausgesetzt. Studie 2 zeigt, dass die Höhe des Risikos sowohl mit persönlichen Charakteristiken (Beziehungsstil, persönliche Erfahrungen), als auch mit organisatorischen Faktoren (Arbeitszeiten) zusammenhängt.</p>	<p>Selbststigmatisierung stellt eine weitere erhebliche Belastung für traumatisierte Geflüchtete dar. Niederschwellige Online-Interventionen bieten die Möglichkeit, Geflüchtete zu erreichen und mit Hilfsangeboten vertraut zu machen.</p>
<b>Weitere themenspezifische Publikationen der Doktorandin</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Denkinger</b>, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, Kizilhan, et al. (2019)</li> <li>2. <b>Denkinger</b>, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, Junne (2019)</li> <li>3. <b>Denkinger</b>, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al. (2019)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Denkinger</b>, Engelhardt, Windthorst, et al. (2019)</li> <li>2. Engelhardt et al. (2019)</li> </ol>	-

## Ergebnisse und Diskussion

---

4. Rometsch, **Denkinger**, Engelhardt,  
Windthorst, Graf, Nikendei, et al.  
(2020)

5. Rometsch, **Denkinger**, Engelhardt,  
Windthorst, Graf, Gibbons, et al. (2020)

---

*Anmerkung.* DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; m = männlich, w = weiblich, d = divers.

### **3.2 Diskussion der Ergebnisse**

Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen die enorme psychische Belastung im Kontext Flucht und Trauma, welche sich in den vorliegenden Studien in Form von chronischer PTBS und Selbststigmatisierung bei Geflüchteten und in Form von Sekundärtraumatisierung bei professionell Helfenden präsentiert. Die Ergebnisse zeigen einen erhöhten Handlungsbedarf zur Entlastung der Betroffenen an. Zudem liefert die vorliegende Dissertation Anhaltspunkte dafür, wie eine Entlastung durch eine frühzeitige Identifikation von Risikogruppen und dem Angebot adäquater Interventionen erreicht werden könnte.

#### ***3.2.1 Diskussion der psychischen Belastung***

Deutlich wird die hohe psychische Belastung in zwei unterschiedlichen Populationen Geflüchteter. Konfrontiert mit vielen schweren und langanhaltenden Traumata zeigten nahezu alle Studienteilnehmerinnen aus dem „Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ Hinweise auf eine vorliegende PTBS zwei Jahre (93%) und drei Jahre (95%) nach Ankunft in Deutschland. Diese gefundene Traumalast ist enorm hoch, insbesondere auch im Vergleich zu anderen Populationen Geflüchteter (Blackmore et al., 2020). Dabei muss jedoch beachtet werden, dass es sich bei den Studienteilnehmerinnen um eine bereits durch das humanitäre Aufnahmeprogramm „Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ als besonders belastet vorselektierte Stichprobe handelt. Doch auch in der Convenience-Stichprobe der Studie 3 zeigte sich eine hohe Prävalenz einer wahrscheinlichen PTBS (43%). Hier bestand die Studienstichprobe im Gegensatz zur weiblichen, wenig gebildeten Stichprobe der Studie 1 aus mehrheitlich männlichen Syrern mit einer hohen Schulbildung. In Studie 3 wurde außerdem eine zusätzliche Belastung durch komorbide Depressionen, Angststörungen sowie Selbststigmatisierung beim Erleben psychischer Belastung deutlich. Diese Ergebnisse legen die Tragweite sowie die Komplexität der psychischen Belastung Geflüchteter dar.

Dass diese psychische Belastung über Jahre im Aufnahmeland hinweg bestehen bleiben kann, zeigt der erfasste PTBS-Längsschnittverlauf in Studie 1. Weder in der Gesamtausprägung der PTBS noch in den Symptomclustern Intrusionen, Vermeidung oder Hyperarousal zeigte sich eine signifikante Veränderung über die Zeit. Dieser chronische Langzeitverlauf ist im Einklang mit früheren Studien mit Genozid-Überlebenden. So zeigen frühere Studien mit Überlebenden der Genozide in Ruanda, Bosnien oder dem Irak schwere

## Ergebnisse und Diskussion

PTBS-Verläufe über Jahre und sogar Jahrzehnte hinweg (Ahmad et al., 2000; Dworkin et al., 2008; Rugema et al., 2015; Schaal & Elbert, 2006; Weine et al., 1995).

Die vorliegende Dissertation zeigt weiterhin, dass sich die Belastung der Geflüchteten, im Sinne einer Sekundärtraumatisierung, auf helfende Personen übertragen kann. Eine Sekundärtraumatisierung trat während der Projektzeit des Sonderkontingents (zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich 16,3 Monate) bei 23% der Helfenden auf. Dabei entwickelten auch Personen eine Sekundärtraumatisierung, die selbst keine eigenen Traumaerfahrungen oder Fluchterfahrungen in ihrer Vergangenheit aufwiesen. Dies spricht für eine notwendige Abgrenzung der Sekundärtraumatisierung von einer primären PTBS. Die gefundene Prävalenz von 23% ist vergleichbar mit den Werten aus Studien mit Dolmetschenden im Fluchtkontext (Kindermann et al., 2017), aber nur etwas geringer als die professionelle Lebenszeitprävalenz von Traumatherapeut:innen (Püttker et al., 2015). Dies ist ein weiterer Hinweis auf eine besondere psychische Belastung, die mit der Arbeit im Kontext Flucht einhergeht.

### ***3.2.2 Diskussion der identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren***

Ein wesentlicher Beitrag dieser Dissertation ist die Identifikation von Risikogruppen unter Geflüchteten und Helfenden, sodass Interventionen entsprechend zielgerichtet und ressourcensparend angeboten werden können. Dabei sind bei Geflüchteten insbesondere Risiko- und Schutzfaktoren für einen chronischen PTBS-Verlauf relevant. In Studie 1 konnte eine längere Zeit in Gefangenschaft, eine hohe Belastung durch Intrusionen, eine Schwächung des religiösen Glaubens durch die traumatischen Ereignisse sowie eine Schwächung sozialer Beziehungen im Aufnahmeland als spezifische Risikofaktoren für einen schweren Langzeit-Verlauf der PTBS im Aufnahmeland identifiziert werden. Bei den professionell Helfenden zeigten sich Risikofaktoren in ähnlichen Bereichen. Das Ausmaß der Konfrontation (Arbeitszeit im direkten Kontakt zu Betroffenen, frühere eigene Flucht- oder Traumaerfahrung) sowie soziale Faktoren (Bindungsstile, Austausch mit Kolleg:innen) waren mit Sekundärtraumatisierung assoziiert. Diese Ergebnisse decken großflächige Ähnlichkeiten zwischen den Risikogruppen von primärer und sekundärer Traumatisierung auf.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien und deren Implikationen auf praktischer und theoretischer Ebene diskutiert. Da sich peri- und posttraumatische Faktoren nachweislich prädiktiver zeigen als prätraumatische Aspekte (Brewin et al., 2000), sind die



## Ergebnisse und Diskussion

hier identifizierten peri- und posttraumatischen Prädiktoren sowie die folgenden Diskussionspunkte von besonderer Relevanz.

**Ausmaß der Konfrontation.** Die vorliegende Dissertation zeigt, dass ein höheres Ausmaß an Konfrontation mit potenziell traumatischen Inhalten mit einer erhöhten PTBS-Symptomschwere, einer Symptomzunahme im Langzeitverlauf sowie einem höheren Risiko für Sekundärtraumatisierung einhergeht. Diese Ergebnisse bestätigen die Theorie des „building block effect“, der voraussagt, dass mit steigender Anzahl traumatischer Ereignisse auch die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln steigt (Schauer et al., 2003) und sich die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission reduziert (Kolassa et al., 2010). Entsprechend des Konzepts der sequenziellen Traumatisierung (Böttche et al., 2016; Keilson, 2005), sind Geflüchtete demnach durch eine hohe Anzahl verschiedener potenziell traumatischer Ereignisse vor, während und nach der Flucht verstärkt gefährdet, eine PTBS zu entwickeln. Dies könnte eine Erklärung für die hohen PTBS-Prävalenzen unter Geflüchteten sein, wie sie auch in Studie 3 gefunden wurde. Mit Studienteilnehmerinnen, die im Durchschnitt 6,8 Monate in IS-Gefangenschaft verbracht haben und schwerwiegende PTBS-Symptome bis zu drei Jahren nach Aufnahme in Deutschland aufwiesen, zeigt Studie 1, dass die durch den „building block effect“ postulierte Dosis-Wirkung-Beziehung auch noch am oberen Ende des Spektrums der PTBS-Schwere zutrifft.

Der in Studie 1 gefundene Zusammenhang zwischen einer längeren Zeit in IS-Gefangenschaft und schwereren PTBS-Symptomen sowie einer Verschlechterung der PTBS-Symptome über die Zeit lässt sich auch durch die Theorie des Furchtstrukturmodells (Foa & Kozak, 1986) erklären. Nach dem Modell werden die Verknüpfungen des Furchtnetzwerks mit jedem weiteren Tag in Gefangenschaft weiter gestärkt und zusätzliche Elemente in das Netzwerk aufgenommen. Mehr traumatische Erfahrungen vergrößern und stabilisieren das Netzwerk mit zusätzlichen Elementen, sodass sich die PTBS-Symptome verfestigen und eine Remission unwahrscheinlicher wird.

Interessanterweise konnte Studie 2 dieser Dissertation zeigen, dass das Ausmaß der Konfrontation (hier die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden im direkten Kontakt mit den Betroffenen) auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Sekundärtraumatisierung einhergeht. Zudem konnte eine frühere eigene Trauma- und/oder Fluchterfahrung als Risikofaktor für eine Sekundärtraumatisierung identifiziert werden. Demnach könnte die helfende Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten nach einer eigenen traumatischen

## Ergebnisse und Diskussion

Erfahrung eine weitere sequenzielle Traumatisierung (Böttche et al., 2016; Keilson, 2005) darstellen. Diese Ergebnisse sprechen auch bei der Entwicklung einer Sekundärtraumatisierung für einen „building block effect“ (Schauer et al., 2003). Da es Belege dafür gibt, dass Menschen in der Arbeit mit Geflüchteten überproportional häufig bereits eigene traumatische Erfahrungen erlebt haben (Grimm et al., 2017), weisen diese Ergebnisse hohe gesellschaftliche Relevanz auf.

Die gefundenen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Exposition und der Symptomschwere können als gering bis mittelgroß bewertet werden. Das zeigt, dass neben dem Ausmaß der Exposition weitere Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Im Folgenden werden die in der Dissertation identifizierten posttraumatischen Faktoren diskutiert.

**Belastung durch Intrusionen.** Das Symptomcluster der Intrusionen wurde in Studie 1 durchschnittlich als belastender wahrgenommen als die Symptomcluster Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. Darüber hinaus konnte eine hohe Belastung durch Intrusionen als Risikofaktor für eine Symptomverschlechterung über die Zeit im Aufnahmeland identifiziert werden. Dieser Zusammenhang zeigte sich nicht für die Symptomcluster Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. Auch frühere Studien sprechen den Intrusionen einen hohen Stellenwert bei der Entwicklung einer chronischen PTBS zu (Bryant et al., 2017; Haag et al., 2017). Die Befragung der professionell Helfenden im Sonderkontingent zeigte, dass diesen die Belastung durch Intrusionen insbesondere in Form von Alpträumen kommuniziert wurde (Rometsch-Ogioun El Sount et al., 2018). Dies könnte ein wichtiges Warnsignal sein, das bei einem Screening für Risikogruppen erfasst werden sollte.

Der Risikofaktor Intrusionen lässt sich durch das Furchtstrukturnetzmodell (Foa & Kozak, 1986) erklären. Liegt eine hohe Belastung durch Intrusionen vor, möglicherweise durch ein häufiges Auftreten dieser oder ausgelöst durch viele verschiedene Stimuli, könnte dies für ein sehr stabiles Furchtstrukturnetzwerk sprechen, was wiederum einer Spontanremission entgegensteht. Nach diesem Modell sollte allerdings auch ausgeprägtes Vermeidungsverhalten ein Risikofaktor für den PTBS-Verlauf sein, da Vermeidung laut dem Modell korrigierende Erfahrungen, welche die Verbindungen der Furchtstruktur abschwächen könnten, verhindert. Dass sich Vermeidungsverhalten in der vorliegenden Dissertation jedoch nicht als signifikanter Risikofaktor für einen chronischen PTBS-Verlauf zeigt, könnte mit der Beschaffenheit der verwendeten Impact of Event Scale-Revised zusammenhängen. Dieser Fragebogen fragt nur nach der Belastung durch die verschiedenen

## Ergebnisse und Diskussion

PTBS Symptomcluster, nicht aber nach der Häufigkeit des Auftretens. Dies könnte im Besonderen bei Vermeidungsverhalten einen Unterschied darstellen.

In früheren Studien wurden signifikante Zusammenhänge zwischen Hyperarousal und späterer PTBS gefunden (Schell et al., 2004; Steinert et al., 2015). Dass dies in Studie 1 nicht der Fall war, könnte mit den sehr hohen PTBS- und Hyperarousal-Werten der Studienpopulation zusammenhängen, die eine Differenzierung möglicherweise erschweren. Dies würde erneut die Relevanz des Risikofaktors Intrusionen in hoch belasteten Populationen unterstreichen.

**Soziale Faktoren.** In allen drei Studien dieser Dissertation spielten soziale Beziehungen eine wichtige Rolle in der Traumabewältigung. Eine Verbesserung der sozialen Beziehungen über die Zeit im Aufnahmeland ging in Studie 1 mit einer Reduktion der PTBS Symptome einher. Auch subjektiv schätzten die Geflüchteten den Glauben an die kollektive Stärke der Gemeinschaft als hilfreich ein. Sozialen Rückzug bewerteten sie hingegen im Vergleich mit anderen Bewältigungsstrategien als am wenigsten hilfreich. Diese Präferenzen erwiesen sich als robust über die Zeit. In den die Studie 1 ergänzenden qualitativen Interviews betonten die im Sonderkontingent aufgenommenen Frauen soziale Unterstützung durch Freundinnen, auch aus Deutschland, als besonders hilfreich, wenn diese nicht daraus bestand, über die traumatischen Ereignisse zu sprechen (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019). Doch das öffentliche Sprechen der Ezidinnen über die Geschehnisse, ihre Aufklärungsarbeit und damit einhergehend die öffentliche Anerkennung als Überlebende wurde von einem Teil der Frauen als wichtige Bewältigungsstrategie benannt. Explizit danach gefragt, sprach sich die große Mehrheit der Frauen (96%) dafür aus, dass die Welt über die Gräueltaten des IS informiert werden sollte (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019). Der Wunsch nach einer kollektiven Erinnerungskultur wurde deutlich. Dies konnte in anderen qualitativen Interviews bestätigt werden (Cook et al., 2022).

Die professionell Helfenden der Studie 2 schätzten den Austausch mit Kolleg:innen als wichtige Ressource ein. Dies ist in Einklang mit der Identifikation eines sicheren Bindungsstils als potenziell protektiven Faktor in der Entwicklung einer Sekundärtraumatisierung. Ein sicherer Bindungsstil ist dadurch definiert, dass das Modell des Selbst sowie das Modell der anderen, Intimität sowie Autonomie, positiv besetzt sind (Bartholomew & Horowitz, 1991) und Menschen mit sicherem Bindungsstil wahrscheinlicher stabile Beziehungen führen (Kirkpatrick & Davis, 1994). Ein

## Ergebnisse und Diskussion

anklammernder Bindungsstil, bei dem das Modell der anderen positiv repräsentiert ist, das Modell des Selbst jedoch negativ (Bartholomew & Horowitz, 1991), konnte als potenzieller Risikofaktor für eine Sekundärtraumatisierung identifiziert werden. Dieser Bindungsstil spricht eher für eine ängstliche Überinvolviertheit in enge soziale Beziehungen in Kombination mit einem geringeren Selbstwert. Die Identifikation des anklammernden Bindungsstils als Risikofaktor widerspricht Kindermann et al. (2019), die einen anklammernden Bindungsstil als Schutzfaktor für Sekundärtraumatisierung bei Dolmetscher:innen in der Flüchtlingsarbeit identifiziert hatten. Das Ergebnis unterstützt hingegen die Argumentation, dass ausschließlich stabile soziale Beziehungen protektiv bei der Traumabewältigung wirken, der Qualität der sozialen Interaktionen demnach eine entscheidende Rolle zukommt. Dafür sprechen auch die in Studie 2 gefundenen korrelativen Zusammenhänge. So ging beispielsweise das Erleben der Kommunikation mit Kolleg:innen als hilfreich mit einer geringeren Ausprägung an Sekundärtraumatisierung einher. Die Ergebnisse sprechen demnach auch bei Sekundärtraumatisierung für die Relevanz eines stabilen und verlässlichen sozialen Netzwerkes, insbesondere aber nicht ausschließlich mit Kolleg:innen.

Dass diese positiven Effekte auch gezielt in Interventionen genutzt werden können, zeigt Studie 3. In den qualitativen Interviews der Studie wurden verschiedene soziale Gefühle als Reaktion auf den neuentwickelten Psychoedukationsfilm benannt: Das Gefühl verstanden zu werden, nicht allein zu sein, die Dankbarkeit, dass Wissenschaftler:innen diese Intervention entwickelt hatten, das Nachlassen von Scham sowie der Wunsch nach sozialer Zuwendung und nach Austausch mit anderen. Die befragten Geflüchteten gaben nach Anschauen des Psychoedukationsfilms tatsächlich auch an, mit anderen über den Film und über psychische Gesundheit gesprochen zu haben. Das Sprechen über psychische Gesundheit beschrieben sie dabei als mutig und bedeutungsvoll. Diese sozialen Aspekte stehen möglicherweise auch in Zusammenhang mit der Reduktion der Selbststigmatisierung und der erhöhten Offenheit professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen nach Anschauen des Films. Dies steht in Einklang mit einer früheren Studie, die zeigen konnte, dass eine Web-basierte psychoedukative Intervention zu einer Verbesserung der wahrgenommenen sozialen Anerkennung des Traumas und zu mehr Offenheit über das Trauma zu sprechen führen kann (Xu et al., 2016). Diese Veränderungen mediieren zudem die Reduktion der PTBS-Symptome durch die Intervention (Xu et al., 2016), was wieder einmal mehr die Relevanz sozialer Faktoren in der Traumabewältigung verdeutlicht.

## Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen auf verschiedene Weise die protektiven Eigenschaften von positiven sozialen Beziehungen auf Traumatisierungen. Zudem sprechen die Studien dafür, dass Geflüchtete und professionell Helfende soziale Kontakte auch subjektiv als hilfreich empfinden. Soziale Unterstützung als wichtiger Schutzfaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der PTBS kann im Hinblick auf die bisherige Forschung als gut gesichert angesehen werden (Brewin et al., 2000; Steinert et al., 2015). Brewin et al. (2000) zeigten in ihrer Metaanalyse sogar, dass soziale Unterstützung der im Vergleich zu prä-, peri- oder anderen posttraumatischen Variablen wichtigste Prädiktor für die Entwicklung einer PTBS ist. Soziale Unterstützung, u.a. die soziale Einbettung der Überlebenden, die erfahrene Anerkennung oder Abwertung in der Gesellschaft sowie die Möglichkeit mit anderen über das Erlebte zu sprechen, ist auch Gegenstand des von Maercker and Horn (2013) postulierten sozial-interpersonellen PTBS-Modells. Die Ergebnisse dieser Dissertation unterstreichen die Relevanz des sozial-interpersonellen Modells über kulturelle Grenzen hinweg sowie über die primäre Traumatisierung hinaus. Auch ergänzt die vorliegende Dissertation, dass soziale Faktoren sogar bei stark traumatisierten Geflüchteten, die interpersonelle Typ-II Traumata wie Genozid, Gefangenschaft und sexualisierte Gewalt überlebt haben, eine protektive Rolle spielen. Die Interviews mit Geflüchteten nach Anschauen des Films sprechen zudem dafür, dass sich der positive Effekt sozialer Faktoren auch für psychoedukative Online-Interventionen nutzen lässt.

Das Ergebnis der sozialen Faktoren als Schutzfaktor ist insbesondere in dem Kontext dieser Dissertation höchst relevant. Sexualisierte Gewalt ist eine häufige und systematisch eingesetzte Kriegswaffe in bewaffneten Konflikten und Genoziden. So auch in Bosnien-Herzegowina, 1992–1996, Ruanda, 1994, oder im Nordirak 2014 (Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, & Junne, 2019; Gottschall, 2004; Ruby Reid-Cunningham, 2008). Dabei betrifft sexualisierte Gewalt mit dem Ziel des Genozids nicht nur das Individuum, sondern zielt darauf ab, eine gesamte Gemeinschaft zu zerstören (Ruby Reid-Cunningham, 2008). Das Überleben sexualisierter Gewalt führt in vielen Kulturen zu Ausgrenzungen innerhalb der Gemeinschaft oder Familie (Ibrahim et al., 2018; Kelly et al., 2011). Das betrifft auch die Studienpopulation der Studie 1. Da die Ezid:innen als traditionelle, kollektivistische und patriarchale Gemeinschaft eine strikte Endogamie praktizieren, führt der sexuelle Kontakt zu einer Person außerhalb der ezidischen Gemeinschaft – einschließlich der Vergewaltigung – der Tradition zu Folge zum sofortigen Ausschluss aus der religiösen Gemeinschaft. Dieser soziale Ausschluss kann insbesondere

## Ergebnisse und Diskussion

bei PTBS-Betroffenen zu einer erheblichen psychischen Belastung führen (Nietlisbach & Maercker, 2009). Ibrahim et al. (2018) zeigte, dass soziale Ausgrenzung den Zusammenhang zwischen dem traumatischen Ereignis der IS-Gefangenschaft und depressiven Symptomen medieren kann. Auch konnten frühere Studien zeigen, dass soziale Ablehnung und Anerkennung auch noch nach einer PTBS-Behandlung in Zusammenhang mit der PTBS-Symptomschwere stehen (Sommer et al., 2017; Xu et al., 2016). Erschwerend kommt zu den Erfahrungen der Ezid:innen hinzu, dass sie Berichten von Überlebenden zufolge vielfach von nicht-ezidischen Nachbarn an den IS verraten wurden (Cook et al., 2022). Verlust von Vertrauen in andere Menschen und damit einhergehende Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen könnte eine Konsequenz sein (Cook et al., 2022). Diese vielschichtigen Hintergründe zeigen, dass soziale Unterstützung insbesondere bei Geflüchteten, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, und Genozid-Überlebenden nicht selbstverständlich vorhanden und deshalb, wie die Ergebnisse dieser Dissertation und auch vorherige Studien (Erdener, 2017; Hassen, 2016) belegen, für die Traumabewältigung umso wichtiger ist.

“Ich möchte nur einen Bruder oder eine Schwester bei mir, sodass ich mich nicht so als alleine ansehe, oder einen Freund, einen echten Freund, sodass ich sie, wenn ich in einer schlimmen Situation bin, aufsuchen kann und sie mir helfen können.“

- *Genozid-Überlebende und Studienteilnehmerin*

**Veränderungen im religiösen Glauben.** Studie 1 konnte eine Stärkung des religiösen Glaubens durch das Überleben des Traumas als Schutzfaktor für den chronischen Verlauf der PTBS identifizieren. Dabei gaben knapp über die Hälfte der befragten Frauen an, eine Festigung ihres Glaubens durch das Überleben des Genozids erfahren zu haben, 34% berichteten keine Veränderung des religiösen Glaubens und nur 9% gaben eine Schwächung ihres Glaubens durch das erlebte Trauma an. Subjektiv bewerteten 83% der befragten Frauen Beten als eine hilfreiche Bewältigungsstrategie. Qualitative Interviews mit den Studienteilnehmerinnen zeigen die Vielseitigkeit religiöser Bewältigung auf, die weit über die reine Handlung des Betens hinaus reicht (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019). Vertrauen in Gottes Hilfe wurde berichtet sowie die Interpretation der Geschehnisse als von Gott vorgesehen. In diesem Zusammenhang berichteten Frauen davon, dass sie selbst keinen Einfluss auf die Geschehnisse hatten, da diese von Gott vorbestimmt gewesen seien. Eine daraus resultierende Akzeptanz aller Geschehnisse und eine Reduktion möglicher Schuld- und Schamgefühle könnte eine weitere Art der

## Ergebnisse und Diskussion

Bewältigung darstellen. Auch berichteten die Frauen von der identitätsstiftenden Wirkung des Glaubens und von Stolz, der mit der Religionszugehörigkeit einhergeht. Zudem wurde eine metaphysische Verbindung zu den durch den Genozid Verstorbenen durch den Glauben und die Religionszugehörigkeit berichtet. Immer wieder berichteten die Frauen davon, dass die Religionsgemeinschaft in der Konfrontation mit den Gräueltaten des IS näher zusammengedrückt sei. Dies wurde auch deutlich, als das geistliche Oberhaupt der Ezid:innen Baba Sheikh die im Sonderkontingent aufgenommenen Frauen vor ihrer Flucht nach Deutschland offiziell wieder in die Religionsgemeinschaft der Ezid:innen aufnahm. Der ursprünglichen Tradition zufolge sollten die Frauen aufgrund der erfahrenen sexualisierten Gewalt durch den IS aus der ezidischen Gemeinschaft verstoßen werden. Das erst Mal in der Geschichte der Ezid:innen brach Baba Sheikh mit dieser Tradition (Denkinger, Engelhardt, Rometsch-Ogioun El Sount, et al., 2019).

Die dargestellten Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Überlebenden das Geschehene auf Grundlage ihres religiösen Glaubens einordneten und interpretierten und diese Interpretationen in Zusammenhang mit dem Verlauf der PTBS stehen. Bereits in früheren Studien mit Ezidinnen zeigte sich die Tendenz der Frauen einen Sinn im Geschehenen zu suchen (Erdener, 2017). Somit unterstützen diese Ergebnisse Aspekte des kognitiven Störungsmodells nach Ehlers and Clark (2000), welche die Interpretationen der Traumaüberlebenden in den Fokus stellt.

Eine Veränderung des religiösen Glaubens durch traumatische Situationen ist in anderen Populationen weniger häufig. So berichtet laut einer aktuellen Metaanalyse ein Großteil der Menschen nach dem Überleben einer traumatischen Situation keine Veränderung des religiösen Glaubens (Leo et al., 2021). Jedoch konnten Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Traumas, Entwicklung einer PTBS und Veränderungen des religiösen Glaubens, Stärkung sowie Schwächung, gefunden werden (Leo et al., 2021). Dieser Differenzierung entspricht Studie 1 durch eine Studienstichprobe mit hoher Traumalast, hoher PTBS-Prävalenz und häufigen Berichten von Veränderungen des religiösen Glaubens. Studie 1 deutet durch das längsschnittliche Studiendesigns jedoch eine wichtige Erweiterung und Differenzierung zu den Ergebnissen der Metaanalyse an: Im Gegensatz zur Entwicklung einer PTBS (Leo et al., 2021), stellt eine Stärkung des religiösen Glaubens durch das Trauma keinen Risikofaktor für den Langzeitverlauf der PTBS dar, sondern geht in Studie 1 mit einer Reduktion der PTBS-Symptome einher. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz der Differenzierung: zum einen zwischen verschiedenen

## Ergebnisse und Diskussion

Ausmaßen an Traumata, zum anderen zwischen prädiktiven Faktoren für die Entwicklung der PTBS und den Verlauf der Psychopathologie.

„Ich bleibe meinem Glauben treu bis ich sterbe. Ich werde meine Religion nicht verlassen. Meine Religion ist sehr wichtig für mich. Solange ich mich bewegen kann, solange ich sprechen kann, werde ich meine Religion nicht verlassen. Jetzt, da unsere Männer getötet wurden, weil sie ihrer Religion treu geblieben sind, werde auch ich meiner Religion treu bleiben. Ich werde meiner Religion treu bleiben und dafür können sie auch mich töten. Ich bin stolz, dass ich meiner Religion angehöre und dass ich an Gott und Tawusi Melek glaube.“

- *Genozid-Überlebende und Studienteilnehmerin*

### 3.2.3 Implikationen

Die Ergebnisse, die im Rahmen dieses Promotionsprojekts entstanden sind, haben neben der wissenschaftlichen auch Relevanz für die psychotherapeutische und psychosoziale Praxis. Zudem kann ein gesellschaftspolitischer Nutzen gesehen werden. Handlungsempfehlungen können aus diesen Implikationen abgeleitet werden. Die vielseitige Relevanz zeigt sich u.a. in einem Bericht des EU-Förderprogramms Horizon 2020. Der Bericht nimmt Studie 2 dieser Dissertation zum Anlass für eine von 18 länderübergreifenden Empfehlungen für psychosoziale Hilfsangebote (Gellersen et al., 2021). Im Folgenden werden die verschiedenen Implikationen der Dissertation und daraus folgende Handlungsempfehlungen diskutiert.

**Identifikation von Risikogruppen.** Die Ergebnisse dieser Dissertation sprechen dafür, nach traumatischen Ereignissen nicht nur Risikogruppen zu identifizieren, die wahrscheinlich eine Traumafolgestörung entwickeln werden. Da die Spontanremission einer PTBS nach drei Jahren bei ca. 44% liegt (Morina et al., 2014), ist es für eine nachhaltige und ressourceneffektive Versorgung Trauma-Überlebender notwendig, unter den Menschen mit PTBS, Risikogruppen für einen schweren Langzeitverlauf der PTBS zu identifizieren. Dies ist insbesondere bei Populationen mit einer sehr hohen PTBS-Prävalenz sinnvoll, beispielweise bei Geflüchteten, Überlebenden von Genoziden, Folter, Gefangenschaft oder wiederholter sexualisierter Gewalt. Die vorliegende Dissertation zeigt die Machbarkeit der Identifikation von Risikofaktoren für den PTBS Langzeitverlauf bei schwer traumatisierten Geflüchteten. Durch eine frühe Identifikation von Risikogruppen für einen schweren PTBS-



## Ergebnisse und Diskussion

Verlauf können Interventionen zielgerichtet und anforderungsspezifisch eingesetzt werden, auch im Sinne eines gestuften Versorgungsmodells (Haaga, 2000).

Die vorliegende Dissertation zeigt zudem, dass eine weitere Gruppe im Kontext Flucht nicht vernachlässigt werden sollte: die professionell Helfenden. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein Risiko der Sekundärtraumatisierung in der Arbeit mit Geflüchteten besteht. Die Identifikation von Risikogruppen einer Sekundärtraumatisierung bei professionell Helfenden liefert wichtige Anhaltspunkte für Implikationen. So regen die identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren zur Selbstreflexion professionell Helfender an, sollten aber auch strukturell bei der Organisation zeitlicher und personeller Ressourcen, der Einstellung, Aufgabenverteilung, Schulung und Unterstützung von Mitarbeitenden bedacht werden. Ein frühzeitiges (freiwilliges) Screening Geflüchteter und professionell Helfender auf vorhandene Risiko- und Schutzfaktoren könnte sinnvoll sein, um entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung oder Entlastung treffen zu können.

**Implikationen für spezifische Interventionen und Versorgungskonzepte.** Die Studienergebnisse dieser Dissertation bieten direkte Anhaltspunkte für die Entwicklung von Interventionen und Versorgungskonzepten. Dies zeigte sich bereits im Verlauf dieser Dissertation an den verschiedenen Ebenen der Entwicklung und Evaluation des Psychoedukationsfilms „Bewältigung von Flucht und Trauma“. So fanden die Ergebnisse der Studien 1 und 2 in der Entwicklung des Psychoedukationsfilms direkt Anwendung. Die hohe, vielseitige Belastung Geflüchteter durch Traumafolgestörungen wird im Film anhand von Beispielen psychoedukativ aufbereitet. Intrusionen werden im Film explizit als wichtiges Symptom einer PTBS erklärt und anhand des Beispiels einer Alltagssituation veranschaulicht. Auch der protektive Faktor soziale Unterstützung wird im Film aufgegriffen und als hilfreiche Ressource und Bewältigungsstrategie eingeführt. Religiöse Traumabewältigung und eine hilfreiche Interpretation der Geschehnisse werden im Film durch Protagonistin Salma repräsentiert. Der Film „Bewältigung von Flucht und Trauma“ ist somit ein Beispiel dafür, wie in der psychologischen Forschung identifizierte Risiko- und Schutzfaktoren als psychoedukative Interventionen umgesetzt werden können.

Die in Studie 3 gezeigte Akzeptanz und Machbarkeit des Films als niederschwellige Online-Intervention für Geflüchtete legt den Grundstein für die Entwicklung weiterer psychoedukativer Filme zu verwandten Themenkomplexen wie beispielsweise Depressionen und Angststörungen. Impulse für zusätzliche psychoedukative Themen wurden in qualitativen Interviews und Antworten der offenen Fragebogen-Items der

## Ergebnisse und Diskussion

Filmevaluation bereits erfasst. So wünschten sich die Befragten zusätzlich mehr Aufklärung über Depressionen, Essstörungen und Schmerzstörungen und betonten die Relevanz der Aufklärung über zusätzliche post-migratorische Belastungsfaktoren. Auch kann der Animationsfilm in weitere Sprachen übersetzt werden, um dadurch auch weitere Gruppen ansprechen zu können.

Erste Entwicklungen in diese Richtung sind bereits zu beobachten. So war die Entwicklung und Evaluation des Films „Bewältigung von Flucht und Trauma“ Gegenstand eines Seminars an der Queensland University of Technology in Brisbane, Australien, im Rahmen der Kampagne „Australia Awards Africa: mental health“. Die Teilnehmenden entwickelten im Rahmen des Seminars basierend auf den Erfahrungen dieser Dissertation einen eigenen psychoedukativen Film für den afrikanischen Kontext, den sie in ihren Heimatländern verbreiteten (Schweitzer et al., 2021).

Darüber hinaus geben die Evaluationsergebnisse Hinweise für webbasierte Interventionen im Allgemeinen und tragen durch die Bereitstellung einer niederschweligen web-basierten Intervention und deren Evaluationsergebnisse zur dringend notwendigen virtuellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Bezug auf die psychosoziale Behandlung von Geflüchteten bei.

Die Studienergebnisse zeigen Vorteile spezifischer Interventionsinhalte auf, die online sowie offline genutzt werden können. So können die vorliegenden Ergebnisse als Ermutigung gesehen werden, vermehrt gemeinschaftliche Interventionen, die den sozialen Zusammenhalt stärken (Williams & Thompson, 2011), kultursensitiv zu entwickeln, zu evaluieren und in die Versorgung Geflüchteter vermehrt einzuschließen. Auch könnte aufgrund der positiven Ergebnisse bezüglich des religiösen Glaubens als Bewältigungsform insbesondere im psychotherapeutischen Kontext eine Unterstützung beim Einordnen der traumatischen Ereignisse in das (religiöse) Weltbild der Betroffenen hilfreich sein. Dies kann auch vor dem Hintergrund empfohlen werden, dass die professionell Helfenden in Studie 2 religiöse Unterschiede als wenig störend für ihre Arbeit erlebten.

Wichtige Implikationen liefern die vorliegenden Ergebnisse auch bezüglich Interventionen für Risikogruppen unter professionell Helfenden in der Arbeit mit Geflüchteten. So könnten Interventionen zur Stärkung des kollegialen Zusammenhalts sinnvoll sein, sowie, bei hoher Belastung, eine Entlastung durch weniger Arbeitszeit im direkten Kontakt zu Betroffenen. Zudem sollten professionell Helfende über Sekundärtraumatisierung und deren Risikofaktoren in Ausbildung und Weiterbildungen aufgeklärt werden, um entsprechend handlungsfähig zu sein. Eine erste direkte Umsetzung

## Ergebnisse und Diskussion

dieser Implikation ist im Zertifikatsstudiengang „Integrative Sozialarbeit – Professionelles Handeln in der Einwanderungsgesellschaft“ der Universität Tübingen zu beobachten. In das Curriculum des Studiengangs wurde ein Themenblock zur Sensibilisierung gegenüber Sekundärtraumatisierung aufbauend auf den Ergebnissen dieser Dissertation aufgenommen (Universität Tübingen, 2022).

Zudem stellen die Studienergebnisse konkrete Erkenntnisse für die Entwicklung und Implementierung weiterer Sonderkontingente für besonders vulnerable Gruppen Geflüchteter dar. So folgten dem Beispiel Baden-Württembergs das Bundesland Brandenburg, aber auch Kanada, Frankreich und Australien (Staatsministerium Baden-Württemberg, 2019). Auch ein weiteres Sonderkontingent des Landes Baden-Württemberg für besonders Schutzbedürftige sei laut Angaben des Staatsministeriums bereits in Planung.

Dass die Ergebnisse dieser Dissertation als Grundlage für Handlungsempfehlungen und Implikationen für die verschiedensten Bereiche der breiten Lebensrealität Geflüchteter in den Aufnahmeländern genutzt werden können, zeigen auch aktuelle Veröffentlichungen. So nimmt ein Kommentar, veröffentlicht im Journal Nature Human Behaviour, Studie 1 dieser Dissertation als Grundlage für Empfehlungen zum Umgang mit geflüchteten Akademiker:innen an den Universitäten der Aufnahmeländer (Al Ajlan, 2022).

**Praktische Anwendung des Psychoedukationsfilms.** Mit dem Film „Bewältigung von Flucht und Trauma“ steht mit Abschluss dieser Dissertation eine kosteneffiziente und ressourcensparende Intervention zur Verfügung. Der Film kann aufgrund der gezeigten Machbarkeit und Akzeptanz der Studie 3 als frei zugängliche Online-Intervention von Geflüchteten selbstständig genutzt werden (Abbildung 4).

### **Abbildung 4.**

QR-Code zur deutschen Version des Films „Bewältigung von Flucht und Trauma“, veröffentlicht am 02.07.2021 auf dem YouTube-Kanal des Universitätsklinikums Tübingen



## Ergebnisse und Diskussion

Auch können professionell oder ehrenamtlich Helfende den Film in der Arbeit mit Geflüchteten nutzen. Da Studie 3 zeigen konnte, dass vorherige Erfahrungen mit professionellen Hilfsangeboten nicht automatisch mit weniger Selbststigmatisierung einhergingen, kann der Film als Intervention im professionellen psychosozialen Setting einen Mehrwert bringen. Auch kann der Film im Sinne eines Stepped Care Ansatzes eine erste Intervention für Geflüchtete darstellen, die bisher keine herkömmliche Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen oder sich erst über Psychotherapie informieren möchten. Da die Evaluation nach dem Anschauen des Films eine größere Offenheit über psychische Gesundheit zu sprechen zeigte, könnte der Film dafür genutzt werden, ein erstes Gespräch über psychische Gesundheit und professionelle Hilfsangebote zu initiieren. Da die gefundenen Veränderungen nach Anschauen des Films 3,8 Monate später nicht mehr signifikant waren, sollte dieses Gespräch kurzfristig nach dem Anschauen des Films stattfinden. Als eine niederschwellige Intervention könnte der Film so bei der Kulturmittlung zur psychosozialen Versorgung unterstützen.

Zu diesem Zweck wurde der Film nach Abschluss der Evaluation auf den Social-Media-Kanälen des Universitätsklinikums Tübingens veröffentlicht und steht dort zur freien Verfügung. Zudem wurde der Film an Hilfsorganisationen in Deutschland zur freien Nutzung versendet, von denen einige den Film auf ihrer Homepage verlinkten. So empfiehlt u.a. die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) den Film auf ihrer Internetseite. Aktuelle Pläne eines gemeinnützigen Vereins sehen vor, den Film in eine mehrsprachige Lern-App für junge Menschen mit Fluchthintergrund einzubinden. Somit findet der Film bereits auf verschiedener Weise Einsatz in der Praxis.

**Theoretische Implikationen.** Auch auf theoretischer Ebene lassen sich auf Grund der Dissertationsergebnisse Schlüsse ziehen. So sprechen die Ergebnisse dieser Dissertation insbesondere für eine Relevanz des Ätiologie Modells nach Maercker (2013), das soziale Komponenten in den Fokus der PTBS stellt. Jedoch empfiehlt sich auf Grundlage der neuen Studienergebnisse eine Erweiterung des Modells, das auch prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren speziell für die Chronifizierung der PTBS umfasst. Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation liefern weitere Daten, wie diese Erweiterung aussehen könnte. Da sich in der vorliegenden Dissertation einige Gemeinsamkeiten bei den Risikofaktoren von primärer und sekundärer Traumatisierung fanden, könnte ein ähnliches Ätiologie Modell basierend auf den Daten dieser Dissertation auch für die Sekundärtraumatisierung aufgestellt werden. Dennoch sprechen die Ergebnisse der Dissertation für eine genaue Differenzierung

## Ergebnisse und Diskussion

zwischen primärer Traumatisierung, Reaktivierung einer primären Traumatisierung, Sekundärtraumatisierung sowie eine durch eine frühere eigene Traumatisierung erschwerte Form der Sekundären Traumatisierung (Denkinger, Windthorst, Rometsch-Ogioun El Sount, Blume, Sedik, Kizilhan, Gibbons, Pham, Hillebrecht, Ateia, et al., 2018).

Nichtsdestotrotz lassen sich verschiedene Ergebnisse dieser Dissertation auch durch weitere Störungsmodelle erklären, wie beispielsweise durch das Furchtstrukturmodell (Foa & Kozak, 1986), das kognitive Modell der chronischen PTBS (Ehlers & Clark, 2000) oder das Sozial-interpersonelle Modell (Maercker & Horn, 2013). Dies spricht dafür, dass die verschiedenen Störungsmodelle auch auf die Erfahrungen Geflüchteter zutreffen und zeigt gleichzeitig die Notwendigkeit der verschiedenen PTBS-Modelle in unterschiedlichen Kontexten, auch für die Psychotherapie.

**Sichtbarkeitsgewinn.** Als letzte aber nicht weniger wichtige Implikation ist eine Gesellschaftspolitische zu nennen. Die Ergebnisse dieser Dissertation verleihen den Belastungen der Akteure im Kontext Flucht Sichtbarkeit. Durch die qualitativen Anteile des Forschungsprojekts kommen Geflüchtete sowie professionell Helfende in der Flüchtlingsversorgung selbst zu Wort. Die Ergebnisse der Fragebögen lassen eine Quantifizierung der Belastungen und Ressourcen zu. Dadurch lassen sich Problemfelder im Kontext Flucht veranschaulichen und Empfehlungen für eine Verbesserung der Situation können ausgesprochen werden. Zudem steht durch den online frei verfügbaren, neuentwickelten Film ein konkretes und anschauliches Werkzeug zur Verfügung, um auf einfache Weise über Trauma und Flucht zu informieren und die Informationen zu verbreiten. Aktuell zeigt die deutsche Sprachversion des Psychoedukationsfilms auf dem YouTube Kanal des Universitätsklinikums Tübingen 3.756 Views an (Stand 29.10.2022).

Die ersten Auswirkungen dieser Sichtbarkeit in der Wissenschaft lassen sich an Studie 2 zeigen, da diese als erste der drei Studien dieser Dissertation 2018 im Journal *Frontiers of Psychiatry* veröffentlicht wurde. Das Journal zeigt 29 Zitierungen des Artikels an (Stand 29.10.2022). Somit wurde Studie 2 häufiger zitiert als 85% aller in *Frontiers* veröffentlichter Artikel (*Frontiers in Psychiatry*, 2022). Auf Google Scholar finden sich 47 Zitierungen, inklusive Übersichtsarbeiten (Crivatu et al., 2021; Roberts et al., 2021), politischer Empfehlungen (Gellersen et al., 2021), Buchbeiträgen (Hirschelmann & Rasho, 2021; Nikendei et al., 2019) und Dissertationsschriften (Binder, 2021). Die Sichtbarkeit zeigt sich auch an der nationalen sowie internationalen Beachtung der Studienergebnisse dieser

## Ergebnisse und Diskussion

Dissertation auf Kongressen (z.B. durch den best-poster Preis der European Association of Psychosomatic Medicine 2018).

Auch auf nationaler Ebene fanden die Studien dieser Dissertation bereits Beachtung. So erteilte das Staatsministerium Baden-Württemberg meiner Arbeitsgruppe an der psychosomatischen Abteilung des Universitätsklinikums Tübingen den Auftrag, ein Herausgeberwerk zum „Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ herauszubringen, damit die Ergebnisse und Erfahrungen des Sonderkontingents gesammelt und für zukünftige Projekte genutzt werden können. Auf 434 Seiten, erschienen 2019 im Beltz-Verlag, finden sich nun nicht nur die Ergebnisse des Forschungsprojekts und daraus abgeleitete Empfehlung für die Praxis, sondern auch eine historische und politische Einordnung und eine Beschreibung der Rahmenbedingungen, der Organisation und des Ablaufs des Sonderkontingents. Auf diese Weise steht zusätzlich zu den wissenschaftlichen Veröffentlichungen in englischer Sprache, ein Fachbuch in deutscher Sprache zur Verfügung. Die Mitarbeiter:innen des Sonderkontingents erhielten ein Exemplar des Herausgeberwerkes kostenlos, damit die Studienergebnisse auch direkten Anklang in der Praxis finden können.

### **3.3 Diskussion der Stärken und Limitationen**

Die vorliegende Dissertation weist vielseitige Stärken auf. Jedoch unterliegt sie auch Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Im Folgenden werden die Stärken sowie Limitationen und die daraus resultierenden Implikationen für die weitere Forschung diskutiert.

#### ***3.3.1 Stärken der vorliegenden Dissertation***

Die vorliegende Dissertation weist praktische sowie methodische Stärken auf. Die unterschiedlichen Perspektiven, Methoden und Studienpopulationen, die diese Dissertation vereint, tragen sich gegenseitig ergänzend dazu bei, die Komplexität der Realität im Kontext Trauma und Flucht empirisch zugänglich zu machen. Im Folgenden werden verschiedene Stärken einzeln beleuchtet.

**Praxisbezug.** Das hier vorgestellte Dissertationsprojekt ist von wissenschaftlicher, klinischer sowie gesellschaftspolitischer und humanitärer Relevanz. An der Schnittstelle zwischen klinischer Forschung und gesellschaftspolitischer Aktualität können die vorgestellten Studienergebnisse einen direkten, evidenzbasierten Beitrag zur Verbesserung der aktuellen psychosozialen Versorgung von Geflüchteten leisten. Darauf aufbauend können Patient:innen sowie professionell Helfende unterstützt werden und weitere

## Ergebnisse und Diskussion

Interventionen und Versorgungskonzepte (weiter-)entwickelt werden. Eine wesentliche Stärke der vorliegenden Dissertation liegt demnach in ihrem direkten Praxisbezug.

Die Studienergebnisse wurden neben den frei verfügbaren Publikationen in wissenschaftlichen Journals (open access) auch in einem Fachbuch auf deutscher Sprache veröffentlicht. Dieses wurde allen Mitarbeitenden des Sonderkontingents kostenfrei zur Verfügung gestellt. Dadurch und durch den allzeit möglichen Aufruf des online verfügbaren Psychoedukationsfilms, bietet die vorliegende Dissertation den Vorteil eines niederschweligen Zugangs zu ihren Inhalten und vereinfacht dadurch den Transfer der Studienergebnisse in die Praxis.

**Wissenschaftliche Begleitung des ersten auf Landesebene initiierten „Sonderkontingents“.** Der Praxisbezug der vorliegenden Dissertation zeigt sich auch in einer zweiten wesentlichen Stärke dieser Dissertation: Als Teil der wissenschaftlichen Begleitung des ersten auf Landesebene initiierten humanitären Aufnahmeprojekts für Binnenflüchtlinge nutzt die vorliegende Dissertation eine einmalige Lernchance. Die Landesregierung Baden-Württemberg wagte mit dem „Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ ein bislang einzigartiges humanitäres Projekt und betrat auf vielen Ebenen Neuland (Junne et al., 2019). Dies erlaubte es Studie 1 den längsschnittlichen PTBS-Verlauf einer schwer zugänglichen, homogenen Stichprobe in einer einzigartigen Umgebung zu erheben, in der sonst übliche postmigratorische Stressoren ebenso wie die Hürden psychosoziale Hilfe in Anspruch zu nehmen reduziert waren. Auch trägt diese Dissertation durch die Erfassung und Dokumentation der Belastungen und Ressourcen der Aufgenommenen sowie der professionell Helfenden zum Lernprozess dieses neuartigen Projektes bei und legt den Grundstein für weitere humanitäre Aufnahmeprojekte.

**Erfassung verschiedener Perspektiven.** „Wahrheit gibt es nur zu zweien“ (Arendt, 2013). Eine entscheidende methodische Stärke der vorliegenden Dissertation liegt in der Erfassung verschiedener Perspektiven innerhalb eines Themenkomplexes. Diesen Ansatz verfolgt die vorliegende Dissertation, ebenso wie das übergeordnete Forschungsprojekt. So liegt der Fokus dieser Dissertation nicht nur auf den Belastungen und Ressourcen der Geflüchteten, sondern ebenso auf den Belastungen und Ressourcen der für die psychosoziale Versorgung unentbehrlichen professionell Helfenden. Darüber hinaus wurden im übergeordneten Forschungsprojekt die psychosozialen und psychosomatischen Beschwerden der im Sonderkontingent aufgenommenen Frauen aus Perspektive der

## Ergebnisse und Diskussion

professionell Helfenden im mixed-methods Design erfasst (Rometsch-Ogioun et al., 2018; Rometsch, Denking, Engelhardt, Windthorst, Graf, Nikendei, et al., 2020). Somit wird die in Studie 1 erfasste Selbstwahrnehmung der Geflüchteten durch die Fremdwahrnehmung der professionell Helfenden ergänzt. Die Perspektiven der Geflüchteten sowie der Helfenden zu erfassen, ermöglicht einen umfassenderen Blick auf die äußerst komplexe Situation Geflüchteter in den Aufnahmeländern.

**Gewählte Studienpopulationen.** Die für diese Dissertation gewählten Studienpopulationen stellen eine weitere Stärke dar. Für Studie 1 konnten die Aufgenommenen des ersten auf Landesebene initiierten humanitären Aufnahmeprojekts für Überlebende von IS-Gefangenschaft gewonnen werden. Diese bilden eine weitgehend homogene Gruppe Geflüchteter, die eine Vielzahl von Risikofaktoren für die Entwicklung und den schweren Verlauf einer PTBS aufweist, darunter weibliches Geschlecht, das Überleben äußerst schwerer, langanhaltender interpersoneller Typ-II Traumata und die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Steinert et al., 2015). Die Stichprobe der Studie 1 repräsentiert eine Gruppe äußerst vulnerabler Geflüchteter und bietet zudem die Chance, die psychische Belastung der Teilnehmerinnen des weltweit ersten auf föderaler Bundesebene initiierten Sonderkontingents dieser Art zu erfassen. Diese weitgehend homogene, weibliche Stichprobe wird durch die eher heterogene, mehrheitlich männliche Stichprobe Geflüchteter der Studie 3 ergänzt. Letztere repräsentiert durch eine Vielzahl von Herkunftsländern mit einem Schwerpunkt auf Syrien die Verteilung Geflüchteter in Deutschland zu diesem Zeitpunkt. Die Stichprobe der Studie 2 zeichnet sich durch ihre multiprofessionelle Zusammensetzung von professionell und ehrenamtlich Helfenden in der Arbeit mit schwer traumatisierten Geflüchteten aus.

**Längsschnittliches Studiendesign.** Eine wichtige methodische Stärke dieser Dissertation liegt in der längsschnittlichen Ausrichtung der Studie 1. Längsschnittliche Studien zur PTBS-Entwicklung bei Geflüchteten sind selten (Bogic et al., 2015). Eine systematische Literaturübersicht, die psychische Langzeitauswirkungen bei Kriegsflüchtlingen untersuchte, konnte nur zwei Studien im Längsschnittdesign einschließen (Bogic et al., 2015). Dass Studie 1 zeigen konnte, wie stabil die PTBS-Symptomschwere über ein Jahr im Aufnahmeland hinweg bleibt, zeigt die Notwendigkeit von Längsschnittstudien und die Relevanz der in dieser Dissertation identifizierten Risikofaktoren.



## Ergebnisse und Diskussion

**Methodische Triangulation.** Die Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden zeichnet diese Dissertation aus. Mittels der methodischen Triangulation können durch quantitative Methoden identifizierte Phänomene und Zusammenhänge zusätzlich in qualitativen Interviews oder Fokusgruppen durch die Akteur:innen selbst beschrieben werden. Dies erleichtert die Erfassung verschiedener Aspekte eines quantitativ gefundenen Ergebnisses und deren Interpretation (Erzberger & Prein, 1997).

Die methodische Vielfalt zeigt sich neben den gemischt methodischen Studiendesigns auch darin, dass diese Dissertation aus einer querschnittlichen Fragebogenerhebung, einer dolmetscherinnengestützten Längsschnittstudie im Interview-Format und einer webbasierten Interventionsstudie besteht.

**Studiendurchführung in der Muttersprache.** Für Studie 1 konnten kurdisch-kurmanci Muttersprachlerinnen als Dolmetscherinnen gewonnen werden. Diese hatten zum Teil bereits eine Sprachmittlungs-Ausbildung und Erfahrung im Dolmetschen von Psychotherapien. Studie 1 konnte somit vollständig in der Muttersprache der Frauen durchgeführt werden. Die Online-Umfrage der Studie 3 wurde auf Deutsch, Englisch und Arabisch angeboten. Auch bestand durch eine arabischsprechende wissenschaftliche Hilfskraft die Möglichkeit der Interviewführung auf Arabisch.

**Ethische Überlegungen.** Da es sich insbesondere bei Studie 1 um eine hoch vulnerable Stichprobe handelt, wurden in der Studienvorbereitung verschiedene ethische Überlegungen angestellt. So wurden die Interviews der Studie 1 vor dem Hintergrund der sexualisierten Gewalt durch Männer des Islamischen Staates ausschließlich von weiblichen Expertinnen im Bereich psychischer Gesundheit und humanitärer Arbeit unterstützt durch weibliche, geschulte Dolmetscherinnen geführt. Für die Interviewerinnen und die Dolmetscherinnen bestand ein Supervisionsangebot. Auch fanden die Interviews mit den Aufgenommenen erst nach ca. 2 Jahren in Deutschland statt, um einer Überforderung in der Anfangszeit vorzubeugen. Ein erster Zugang zur Thematik dieser Dissertation erfolgte durch die Mitarbeitenden. Zudem wurde die offene, freiwillige Teilnahme an der Studie gewählt, um Druck zu vermeiden.

**Beurteilung der Studienqualität in Übersichtsarbeiten.** Der erste veröffentlichte Artikel dieser Dissertation (Denkinger, Windthorst, Rometsch-Ogioun El Sount, Blume, Sedik, Kizilhan, Gibbons, Pham, Hillebrecht, & Ateia, 2018) wurde Stand Oktober 2022 bereits in mindestens sechs Übersichtsarbeiten aufgenommen und in zwei davon auf seine

## Ergebnisse und Diskussion

methodische Qualität hin überprüft (Ebren et al., 2022; Fernandes et al., 2022; Geiling et al., 2021; Roberts et al., 2021; Tawakkuli, 2020; Yi et al., 2022). So gehörte die Studie 2 dieser Dissertation laut Roberts et al. (2021) nach der Qualitätsprüfung durch das Critical Appraisal Skills Programme (CASP) cohort study tool zu den 40% der eingeschlossenen Studien, die ein zu 100% zufriedenstellendes Ergebnis erreichten. Das Risiko einer Verzerrung (engl. risk of bias) wurde laut Geiling et al. (2021) als niedrig eingeschätzt, die Stichprobe als repräsentativ für die Zielpopulation gesehen, die Rekrutierungsstrategie als relevant für die Forschungsfrage bewertet und die Erhebungsmethoden als angemessen bewertet. Alle vier dieser Kriterien erfüllte keine weitere eingeschlossene quantitative Studie (Geiling et al., 2021).

### ***3.3.2 Limitationen und Ausblick für die weiterführende Forschung***

Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation zeigen einen dringenden Handlungsbedarf in der Praxis, aber auch auf wissenschaftlicher Seite. So wird Studie 1 in einem Aufruf des Journals JAMA Network Open zitiert, in dem weitere Artikel zu den Effekten von Krieg auf die Gesundheit und auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung gefordert werden (Rivara et al., 2022). Da insbesondere Längsschnittstudien fehlen, sind auch weitere Katamnesen der Studie 1 sinnvoll.

Dass Forschung auf den Studienergebnissen der vorliegenden Dissertation aufbauen kann, zeigen bereits die jüngsten Entwicklungen seit Veröffentlichung der Studien der Dissertation. So wurde mit dem Verweis auf Studie 2 die Arbeitsbelastung weiterer Leistungserbringer:innen in der Flüchtlingsarbeit in Griechenland (Mavratza et al., 2021), Italien (Gozzoli & Leo, 2020) und Deutschland (Jobst et al., 2018; Kindermann et al., 2019; Mette et al., 2020; Wirth et al., 2019) untersucht und Erfahrungen und Belastungen von Sozialarbeiter:innen in Spanien (Ruiz-Fernández et al., 2021), Sprachmittler:innen in Australien (James & Crawford, 2021), psychosozialen Fachkräften in der Arbeit mit organisierter und ritueller Gewalt in Deutschland (Nick et al., 2019) sowie von Sozialarbeiterinnen, Therapeutinnen und Bewährungshelferinnen in Polen erhoben (Ogińska-Bulik et al., 2020). Die in dieser Dissertation untersuchte Stichprobe diente zudem als Vergleichsstichprobe um die Sekundärtraumatisierung bei psychosozialen Notfallpersonal einzuschätzen (Greinacher et al., 2022; Greinacher et al., 2019). Diese Entwicklungen sind vor dem Hintergrund der eher kleinen und im Berufsbild heterogenen Stichprobe der Studie 2 vorteilhaft und bilden eine wichtige Erweiterung des Forschungsstandes zur Sekundärtraumatisierung.

## Ergebnisse und Diskussion

Die praxisnahe Feldforschung, die dieser Dissertation zugrunde liegt, birgt neben den beschriebenen Stärken jedoch auch Limitationen. Folgende Einschränkungen sollten bei der Interpretation der Studienergebnisse berücksichtigt werden:

**Erfassung der Psychopathologie durch Fragebögen.** In allen drei Studien dieser Dissertation werden Symptome psychischer Störungen durch validierte Fragebögen erfasst. Dies bringt Vorteile der Vergleichbarkeit mit anderen Ergebnissen derselben Fragebögen in früheren und zukünftigen Studien und erfüllt das Gütekriterium der Ökonomie. Jedoch sollten durch eine reine Fragebogendiagnostik keine Diagnosen gestellt werden (Schäfer et al., 2019). Insbesondere die in Studie 1 verwendete Impact of Event Scale-Revised ist trotz der Etablierung eines Cut-off Wertes nicht zur Diagnosestellung konzipiert worden, sondern zur Erfassung der Schweregrad von PTBS-Symptomen (Weiss & Marmar, 1997). Von Prävalenzen sollte daher nur unter Berücksichtigung dieser Einschränkung gesprochen werden.

**Differenzierung zwischen „klassischer“ und komplexer PTBS.** Im ICD-11 wird neben der Posttraumatischen Belastungsstörung auch die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) aufgenommen. Diese umfasst neben den „klassischen“ Symptomen zusätzlich Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen. Die qualitative Auswertung der Interviews mit den im Sonderkontingent aufgenommenen Frauen liefert Hinweise dafür, dass auch in dieser Stichprobe KPTBS-Symptome vorliegen (Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount, Engelhardt, Gibbons, Pham, Kizilhan, et al., 2019). Um jedoch eine aussagekräftige Prävalenz der KPTBS in der Stichprobe zu erfassen, wäre eine Diagnostik in diese Richtung nötig gewesen. Es ist demnach davon auszugehen, dass einem Anteil der befragten Frauen, dem in Projekt 1 die Wahrscheinlichkeit einer klassischen PTBS zugesprochen wurde, eigentlich die Kriterien einer KPTBS erfüllt hätten. Dies schränkt die Vergleichbarkeit mit aktuellen und zukünftigen Studien ein, die zwischen PTBS und KPTBS unterscheiden. Zum Zeitpunkt der Entwicklung der Studie im Jahr 2017 war das ICD-11 jedoch noch nicht verabschiedet, auch ist die KPTBS kein Bestandteil des DSM-5. Um die internationale Vergleichbarkeit mit früheren Studien zu gewährleisten, wurden in der vorliegenden Dissertation nur die Kriterien der PTBS erfasst. Für die weiterführende Forschung der nächsten Jahre kann jedoch eine Diagnostik beider Störungsbilder empfohlen werden.

**Erfassung in der Retrospektive.** In Studie 2 wurden in der Retrospektive Symptome der Sekundärtraumatisierung in der Phase der höchsten Belastung während des

## Ergebnisse und Diskussion

Sonderkontingents erfragt. Dies geht mit Einschränkungen (z.B. Recall Bias) einher, alltägliche Symptomschwankungen gehen in der retrospektiven Beurteilung verloren. Die Erfassung in der Retrospektive wurde auch in der systematischen Übersicht von Fernandes et al. (2022) neben der heterogenen, aber kleinen Studienpopulation, als Hauptlimitation der Studie 2 gesehen. Die Fragebogenerhebungen der Studie 1 und 3 beziehen sich mehr auf aktuellere Zeiträume, was gedächtnisbedingte Verzerrungen reduzieren kann. Alle Studien hätten jedoch durch den Einbezug von Ecological Momentary Assessments (EMA) an Validität gewinnen können. Dies kann für zukünftige Studien empfohlen werden.

**Dolmetscherinnengestützte Interviews.** Ein spezifischer Aspekt der Studie 1 ist die dolmetscherinnengestützte Interviewführung. Aufgrund des hohen Anteils an Analphabetismus in der Studienstichprobe wurden auch die quantitativen Fragebögen wie die Impact of Event Scale-Revised in Interview-Form durchgeführt. Dies könnte die Vergleichbarkeit zu anderen Studien verringern, da soziale Erwünschtheit in der direkten sozialen Interaktion eine größere Rolle gespielt haben könnte. Die soziale Erwünschtheit der Antworten könnte zudem durch die Interview-Form zu dritt (mit Interviewerin und Dolmetscherin) beeinflusst worden sein. In Studie 2 und 3 dieser Dissertation sollte soziale Erwünschtheit der Antworten deutlich geringer ausfallen, da die Erhebung in anonymer, schriftlicher Form stattfinden konnte, im quantitativen Teil der Studie 3 sogar online ohne persönlichen Kontakt zu der Studienleitung.

Da es sich in Studie 1 um eine besonders vulnerable Stichprobe handelt und die Interviewthemen, auch in Hinblick auf das Risiko einer Sekundärtraumatisierung (Denkinger, Windthorst, Rometsch-Ogioun El Sount, Blume, Sedik, Kizilhan, Gibbons, Pham, Hillebrecht, & Ateia, 2018), als herausfordernd anzusehen sind, entschied das Studienteam, dass die Interviews von ausgebildeten Expertinnen im Bereich Psychologie, Medizin und humanitärer Arbeit geführt werden. Da zur Zeit der Studienplanung keine kurdisch-kurmanji sprechenden Expert:innen im Bereich der psychischen Gesundheit rekrutiert werden konnten, mussten die Interviews mit der Unterstützung von Dolmetscherinnen geführt werden. Dies erwies sich neben der Sprachmittlung auch in der Kulturmittlung als äußerst hilfreich. Es ist jedoch anzumerken, dass die erhobene PTBS-Prävalenz in dolmetscher:innengestützten Studien durchschnittlich deutlich höher ausfällt als in Studien mit muttersprachlichen Interviews (Blackmore et al., 2020). Dies könnte zu einer Überschätzung der erhobenen PTBS-Schwere geführt haben. Um möglichen Verzerrungen aufgrund der spontanen Übersetzung der Dolmetscherinnen vorzubeugen,

## Ergebnisse und Diskussion

wurden die kurdischen Antworten der Studienteilnehmerinnen für die qualitativen Auswertungen nachträglich schriftlich übersetzt.

Interviews durchgeführt von kurdisch-kurmanci sprechenden Expert:innen für psychische Gesundheit wären in zukünftigen Studien wünschenswert. Mit der Gründung eines Instituts für Psychotraumatologie und Psychotherapie an der Universität Dohuk im Nordirak im Jahr 2016 (Adorjan et al., 2017; Wolf et al., 2019), könnte dies auf kurdisch-kurmanci in zukünftigen Studien leichter umgesetzt werden. Bei den beiden anderen Studien dieser Dissertation besteht diese Einschränkung nicht. Studie 2 konnte ohne Sprachmittlung auf Deutsch stattfinden, in Studie 3 konnten dank der Rekrutierung einer arabisch-sprechenden Psychologie-Studentin mit Masterabschluss in Islamwissenschaften qualitative Interviews neben Deutsch und Englisch auch auf Arabisch angeboten werden.

**Übersetzung von Fragebögen.** Wann immer möglich wurden in den drei Studien dieser Dissertation bereits validierte und transkulturell adaptierte Übersetzungen der verwendeten Fragebögen genutzt. Da dies jedoch insbesondere für die kurdische Sprache eine Herausforderung darstellte, musste in Studie 1 eine eigene Übersetzung der Fragebögen vorgenommen werden. Dies erfolgte durch eine externe Organisation. Der übersetzte Fragebogen wurde in einem zweiten Schritt durch das Team der Dolmetscherinnen für das Studienteam rückübersetzt, gemeinsam diskutiert und gegebenenfalls angepasst. Zudem erfolgte eine Pilotierung der Fragebögen. Trotz der getroffenen Maßnahmen birgt das Verwenden übersetzter Fragebögen ohne transkulturelle Adaptation Einschränkungen.

**Selektionsbias.** Bei Studie 1 ist wichtig zu betonen, dass die Studienpopulation durch die Teilnahme am Sonderkontingent als besonders belastet vorselektiert war. Dies birgt Einschränkungen der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf heterogenere Gruppen. Auch erfolgte die Studienteilnahme in allen drei Studien dieser Dissertation freiwillig. In Studie 1 wurden alle Frauen des Sonderkontingents in Baden-Württemberg eingeladen. Bei Studie 2 erfolgte die Studienteilnahme durch Teilnahme an einem Netzwerktreffen, zudem alle im Sonderkontingent Mitarbeitenden eingeladen wurden. Für Studie 3 wurden Studienteilnehmende durch Schneeballverfahren und Online-Anzeigen rekrutiert. Dies könnte dazu geführt haben, dass sich die freiwillig Teilnehmenden durch bestimmte Charakteristika von denen unterscheiden, die sich gegen eine Teilnahme entschieden. Beispielsweise könnten die Teilnehmenden weniger belastet sein, sich deshalb eher in der Lage sehend an der Studie teilzunehmen. Es könnte in der Studienpopulation andererseits jedoch auch eine höhere Belastung vorliegen, da sich daraus möglicherweise eine Motivation

## Ergebnisse und Diskussion

zur Teilnahme ergeben haben könnte. Die Studienteilnehmenden könnten interessierter an den Themenfeldern psychische Gesundheit sein als die Grundgesamtheit. In Studie 2 könnte die Teilnahme am Netzwerktreffen mit höherer Motivation und Involviertheit in die Arbeit einhergegangen sein. Jedoch ist anzumerken, dass von 132 registrierten Mitarbeitenden des Sonderkontingents 96 an Studie 2 teilnahmen (72.7%) und von ca. 400 im Sonderkontingent aufgenommenen Erwachsenen 116 Frauen an Studie 1 (ca. 29%). Studie 3 setzte mediale Erfahrung voraus, was ebenfalls zu einer Selektion geführt haben könnte. Dies zeigte sich auch in dem hohen durchschnittlichen Bildungsstatus der Stichprobe, was die Generalisierbarkeit auf weniger gebildete und weniger medial kompetente Geflüchtete einschränkt. Positiv hervorzuheben ist jedoch, dass sich Studie 1 und 3 im Bildungsstatus der Stichproben ergänzen. Insgesamt ist anzumerken, dass bei nicht-probabilistischem Sampling höhere PTBS Prävalenzen bei Geflüchteten festgestellt wurden als bei Wahrscheinlichkeitsstichproben (Steel et al., 2009). Dies könnte zu einer Überschätzung der Symptomschwere in den Studien dieser Dissertation geführt haben.

Das Risiko einer Verzerrung hätte sich insbesondere in Studie 1 durch eine randomisierte Auswahl der Studienteilnehmenden aus der Grundgesamtheit reduzieren lassen. Aus ethischen Gründen wurde die Entscheidung für das voluntary response sample dieser besonders vulnerablen Gruppe getroffen. Dass jede Frau die Möglichkeit der Studienteilnahme hatte, sollte Druck auf Einzelne vorbeugen, teilnehmen zu müssen, da sie für die Studie ausgewählt wurden. Diese Einschränkungen der Generalisierbarkeit müssen jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

**Fehlen einer Kontrollgruppe.** Bei Studie 3 bestehen Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe. Studie 3 kann daher nur intrapersonelle Veränderungen über die Zeit erfassen, diese jedoch nicht mit Sicherheit der Intervention zuschreiben. Der qualitative Anteil der Studie schwächt diesen Mangel zum Teil ab, da die subjektiven Interpretationen der Veränderungen erfasst werden.

Aufgrund des Designs als Pilotstudie und ethischen Überlegungen entschied sich das Studienteam in der Entwicklung der Studie gegen eine Kontrollgruppe. Die Studie ist als Pilotstudie für die Überprüfung der Akzeptanz und Machbarkeit eines web-basierten psychoedukativen Films anzusehen und kann als Vorstudie für eine randomisiert, kontrollierte Studie genutzt werden. Aufgrund der positiven Ergebnisse der Studie 3 kann eine weiterführende randomisierte Evaluation des Films empfohlen werden. Eine mögliche Kontrollgruppe könnte neben einer Warteliste auch durch einen allgemeinen

## Ergebnisse und Diskussion

Informationsfilm oder durch einen Psychoedukationsfilm zu PTBS ohne kulturelle Anpassung erwogen werden. Dies würde weitergehende Interpretationen der Ergebnisse zulassen.

**Querschnittliches Studiendesign.** Die querschnittliche Erhebung der Studie 2 birgt Limitationen in der Interpretation der Ergebnisse. Insbesondere kausale Aussagen können in einer Querschnittserhebung nicht getroffen werden. So können in Studie 2 ausschließlich korrelative Zusammenhänge zwischen Sekundärtraumatisierung und potenziellen Risiko- und Schutzfaktoren gefunden werden. Ein längsschnittliches Studiendesign wie bei Studie 1 wäre für eine weiterführende Interpretation notwendig. Dass einige Faktoren der Studie 2 jedoch eindeutig vor dem Beginn der Tätigkeit im Sonderkontingent liegen (eigene Trauma- und Fluchterfahrung) erleichtert die Interpretation der Ergebnisse.

**Ausblick.** Die Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation von weiterführenden Interventionen für belastete Geflüchtete und professionell Helfende kann aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse dieser Dissertation empfohlen werden, insbesondere auch die Einbindung von niederschweligen, webbasierten Interventionen in gestufte Versorgungsansätze. Sinnvolle nächste Schritte können dafür randomisiert kontrollierte Längsschnittstudien mit webbasierten Interventionen für Geflüchtete zum Abbau von Stigmatisierung, zur spezifischen Behandlung von Intrusionen und zur Unterstützung der Einordnung der traumatischen Erlebnisse in das eigene (religiöse) Weltbild sein. Zudem können randomisiert kontrollierte Studien mit gemeindenahen Interventionen (engl. community-based) zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts und zum Abbau von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen für die weitere Forschung empfohlen werden. Die vorliegende Dissertation kann dafür eine wichtige Grundlage darstellen.

### 3.4 Schlussfolgerung

Die vorliegende Dissertation nähert sich drei grundlegenden Fragen einer nachhaltigen psychischen Gesundheitsversorgung Geflüchteter durch drei Studien mit verschiedenen methodischen Ansätzen und der Erfassung verschiedener Perspektiven (Denkinger et al., 2018, Denkinger et al., 2021, Denkinger et al., 2022). Die erste übergeordnete Forschungsfrage dieser Dissertation zielte auf Risiko- und Schutzfaktoren des Langzeitverlaufs der PTBS ab. In Studie 1 konnten eine längere Dauer des traumatischen Erlebnisses und eine hohe Belastung durch Intrusionen als Risikofaktoren für einen schweren Verlauf der PTBS identifiziert werden. Als Schutzfaktoren erwiesen sich eine Stärkung des religiösen Glaubens sowie der sozialen Beziehungen. Da insbesondere

## Ergebnisse und Diskussion

Längsschnittstudien, die den PBTS-Verlauf bei Geflüchteten untersuchen, bisher noch sehr selten sind, und auch wenig über die Risiko- und Schutzfaktoren des PTBS-Verlaufs bei Geflüchteten bekannt ist, leistet dieses Forschungsprojekt einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis der psychischen Gesundheit im Kontext Trauma und Flucht und gegen die Marginalisierung dieser besonders vulnerablen Gruppe in der psychologischen Forschung. Die zweite übergeordnete Forschungsfrage nahm Risiko- und Schutzfaktoren für eine Sekundärtraumatisierung bei professionell Helfenden in der Arbeit mit Geflüchteten in den Fokus. Studie 2 konnte eigene frühere traumatische Erfahrungen, eine eigene Fluchtgeschichte, mehr Stunden im direkten Kontakt mit Geflüchteten und ein anklammernder Bindungstyp als potenzielle Risikofaktoren für eine Sekundärtraumatisierung identifizieren. Ein sicherer Bindungsstil zeigte sich mit weniger Sekundärtraumatisierung assoziiert. Durch die Identifikation von prädiktiven Faktoren können frühzeitig Risikogruppen auf Seiten der Geflüchteter, aber auch auf professioneller Seite identifiziert und zielgerichtete Interventionen entwickelt und angeboten werden. Wie die vorliegende Dissertation bezüglich Forschungsfrage 3 zeigt, können niederschwellige Online-Interventionen einen Mehrwert in der aktuell angespannten Versorgungssituation Geflüchteter in den aufnehmenden Ländern bieten. So zeigte die Evaluation des für diese Dissertation entwickelten Psychoedukationsfilms Hinweise auf emotionale, kognitive und behaviorale Veränderungen nach Anschauen des Films. Direkt nach Präsentation des Films berichteten die Teilnehmenden von weniger Selbststigmatisierung und mehr Offenheit gegenüber dem Aufsuchen professionellen Angebote für die psychische Gesundheit. Knapp vier Monate später waren diese Veränderungen zwar nicht mehr signifikant, jedoch hatten 11% der Studienteilnehmenden in der Zwischenzeit eine Psychotherapie begonnen.

Die Studienergebnisse der vorliegenden Dissertation dienen als Ausgangspunkt für weitere Studien in unterschiedlichen Kontexten, sogar über die Arbeit mit Geflüchteten hinaus, und als Grundlage für Empfehlungen für die Praxis (Gellersen et al., 2021). Somit leistet diese Dissertation einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Forschungsfelds und zu einer nachhaltigen Versorgung Geflüchteter.



#### 4. Literaturverzeichnis

- Adorjan, K., Mulugeta, S., Odenwald, M., Ndeti, D., Osman, A., Hautzinger, M., Wolf, S., Othman, M., Kizilhan, J., & Pogarell, O. (2017). Psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen in Afrika und dem Nahen Osten. *Der Nervenarzt*, 88(9), 974-982. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0365-4>
- Ahmad, A., Sofi, M., Sundelin-Wahlsten, V., & Von Knorring, A.-L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children after the military operation “Anfal” in Iraqi Kurdistan. *European child & adolescent psychiatry*, 9(4), 235-243. <https://doi.org/10.1007/s007870070026>
- Al Ajlan, A. (2022). How academia should support scholars fleeing war and persecution. *Nature Human Behaviour*, 6(9), 1188-1190. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01428-1>
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen–DSM-5®*. Hogrefe Verlag.
- Amstadter, A. B., Broman-Fulks, J., Zinzow, H., Ruggiero, K. J., & Cercone, J. (2009). Internet-based interventions for traumatic stress-related mental health problems: a review and suggestion for future research. *Clinical psychology review*, 29(5), 410-420. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.001>
- Arendt, H. (2013). *Wahrheit gibt es nur zu zweien: Briefe an die Freunde*. Piper.
- Bajbouj, M., Alabdullah, J., Ahmad, S., Schidem, S., Zellmann, H., Schneider, F., & Heuser, I. (2018). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 89(1), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0326-y>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Binder, A. (2021). *Anforderungen, psychische Belastung sowie Ressourcen von Sozialarbeiter:innen in der Arbeit mit IS-traumatisierten Frauen und Kindern. Eine Erhebung im Rahmen des Sonderkontingents für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak der Landesregierung Baden-Württemberg*. Eberhard Karls Universität Tübingen.
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>

## Literaturverzeichnis

- Böge, K., Karnouk, C., Hahn, E., Schneider, F., Habel, U., Banaschewski, T., Meyer-Lindenberg, A., Salize, H. J., Kamp-Becker, I., & Padberg, F. (2020). Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trial investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 270(1), 95-106. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00991-5>
- 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(1), 1-41. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(5), 621-626. <https://10.1007/s00103-016-2337-4>
- Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 53-69. [https://doi.org/10.1300/J229v08n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J229v08n01_04)
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 908-911. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.908>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., McFarlane, A. C., Silove, D., & Hadzi-Pavlovic, D. (2017). Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: A network analysis. *JAMA psychiatry*, 74(2), 135-142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3470>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2022). *Das Bundesamt in Zahlen 2021*. <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2021.html;jsessionid=7D904C6B36CC1B315149E6022EEC50CE.intranet262?nn=284738apa>

## Literaturverzeichnis

- Bundesministerium des Innern und für Heimat (2022). *Resettlement und humanitäre Aufnahmen*. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/migration/asyl-fluechtlingsschutz/humanitaere-aufnahmeprogramme/humanitaere-aufnahmeprogramme-node.html>
- Committee, I.-A. S. (2006). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. *Geneva, Switzerland: IASC 2006*.
- Cook, W., Kennedy, T. D., Chenail, R., Detullio, D., & Edmonds, W. A. (2022). Exploring the shared experiences of Yazidis who survived genocide. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1989116>
- Crivatu, I. M., Horvath, M. A., & Massey, K. (2021). The impacts of working with victims of sexual violence: a rapid evidence assessment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 56-71. <https://doi.org/10.1177/15248380211016024>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: kritische Prüfung eines Konstruktes*. Universität Bielefeld.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung. *Psychotherapeut*, 53(2), 100-107. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0585-y>
- Den Boer, P. C., Wiersma, D., & van den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, 34(6), 959-971. <https://doi.org/10.1017/S003329170300179X>
- Denkinger, J. K., Engelhardt, M., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Seifried-Dübon, T., & Junne, F. (2019). Zwischen Trauma und Resilienz: Bewältigungsstrategien der Frauen im Sonderkontingent In F. Junne, J. Denkinger, J. I. Kizilhan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg* (S. 276-295). Beltz Juventa.
- Denkinger, J. K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Zipfel, S., & Junne, F. (2019). Belastung und Sekundärtraumatisierung der Leistungserbringerinnen im Sonderkontingent. In F. Junne, J. K. Denkinger, J. I. Kizilhan & S. Zipfel (Hrsg.), *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg* (S. 328-346). Beltz Juventa.
- Denkinger, J. K., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Engelhardt, M., Gibbons, N., Pham, P., & Junne, F. (2019). Der 74. Genozid und die Traumata der Eziden. In F. Junne, J. K.

## Literaturverzeichnis

- Denkinger, J. I. Kizilhan & S. Zipfel (Hrsg.), *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg* (S. 191-209). Beltz Juventa
- Denkinger, J. K., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Engelhardt, M., Gibbons, N., Pham, P., Kizilhan, J., Zipfel, S., & Junne, F. (2019). Die psychische Belastung der Frauen im Sonderkontingent. In F. Junne, J. K. Denkinger, J. I. Kizilhan & S. Zipfel (Hrsg.), *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg* (S. 211-222). Beltz Juventa.
- Denkinger, J. K., Rometsch, C., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Pham, P., Gibbons, N., Zipfel, S., & Junne, F. (2021). Longitudinal changes in posttraumatic stress disorder after resettlement among Yazidi female refugees exposed to violence. *JAMA network open*, 4(5), e2111120-e2111120. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11120>
- Denkinger, J. K., Rometsch, C., Murray, K., Schneck, U., Brißlinger, L. K., Rahmani Azad, Z., Windthorst, P., Graf, J., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Junne, F. (2022). Addressing barriers to mental health services: evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2066458. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066458>
- Denkinger, J. K., Windthorst, P., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Blume, M., Sedik, H., Kizilhan, J. I., Gibbons, N., Pham, P., Hillebrecht, J., Ateia, N., Nikendei, C., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State". *Front Psychiatry*, 9, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234>
- Difede, J., & Barocas, D. (1999). Acute intrusive and avoidant PTSD symptoms as predictors of chronic PTSD following burn injury. *Journal of traumatic stress*, 12(2), 363-369. <https://doi.org/10.1023/A:1024788812393>
- Dulz, I. (2016). The displacement of the Yezidis after the rise of ISIS in Northern Iraq. *Kurdish Studies*, 4(2), 131-147. <https://doi.org/10.33182/ks.v4i2.425>
- Dworkin, J., Prescott, M., Jamal, R., Hardawan, S. A., Abdullah, A., & Galea, S. (2008). The long-term psychosocial impact of a surprise chemical weapons attack on civilians in Halabja, Iraqi Kurdistan. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(10), 772-775. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181878b69>
- Ebren, G., Demircioğlu, M., & Çırakoğlu, O. C. (2022). A neglected aspect of refugee relief works: Secondary and vicarious traumatic stress. *Journal of traumatic stress*, 35, 891-900. <https://doi.org/10.1002/jts.22796>

## Literaturverzeichnis

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehring, T., Ehlers, A., Cleare, A. J., & Glucksman, E. (2008). Do acute psychological and psychobiological responses to trauma predict subsequent symptom severities of PTSD and depression? *Psychiatry research*, 161(1), 67-75.
- Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive therapy and research*, 32(4), 488-506.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*, 41(4), 587-598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Engelhardt, M., Denking, J. K., Binder, A., Zipfel, S., Seifried-Dübon, T., & Junne, F. (2019). Hilfreiche Ressourcen und Supervisionsbedarf der Mitarbeiterinnen im Sonderkontingent. In F. Junne, J. K. Denking, J. I. Kizilhan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg* (S. 360-374). Beltz Juventa.
- Erdener, E. (2017). The ways of coping with post-war trauma of Yezidi refugee women in Turkey. *Women's Studies International Forum*, 65, 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2017.10.003>
- Erzberger, C., & Prein, G. (1997). Triangulation: Validity and empirically-based hypothesis construction. *Quality and quantity*, 31(2), 141-154. <https://doi.org/10.1023/A:1004249313062>
- Fernandes, P., Buus, N., & Rhodes, P. (2022). Vicarious Impacts of Working with Refugees and Asylum Seekers: An Integrative Review. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/15562948.2022.2049949>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Frontiers in Psychiatry. (2022). Citations. <http://loop-impact.frontiersin.org/impact/article/374544#citations>
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in

## Literaturverzeichnis

- der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.
- Geiling, A., Knaevelsrud, C., Böttche, M., & Stammel, N. (2021). Mental health and work experiences of interpreters in the mental health care of refugees: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 12:710789. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.710789>
- Gellersen, H. M., Shende, J. P., Davies, I. S., & Ralph, I. (2021). *Trauma recovery for Yazidis after the 2014 Yazidi genocide*. University of Cambridge & Polygeia. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4630643>
- Gottschall, J. (2004). Explaining wartime rape. *Journal of sex research*, 41(2), 129-136. <https://doi.org/10.1080/00224490409552221>
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical psychology review*, 13(2), 169-186. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90039-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90039-O)
- Gozzoli, C., & Leo, A. D. (2020). Receiving asylum seekers: Risks and resources of professionals. *Health psychology open*, 7(1), 2055102920920312. <https://doi.org/10.1177/2055102920920312>
- Greinacher, A., Nikendei, A., Kottke, R., Wiesbeck, J., Herzog, W., Friederich, H. C., & Nikendei, C. (2022). Secondary traumatisation in psychosocial emergency care personnel—A longitudinal study accompanying German trainees. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 957-967. <https://doi.org/10.1111/hsc.13258>
- Greinacher, A., Nikendei, A., Kottke, R., Wiesbeck, J., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization, psychological stress, and resilience in psychosocial emergency care personnel. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3213. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173213>
- Grimm, T., Georgiadou, E., Silbermann, A., Junker, K., Nisslbeck, W., & Erim, Y. (2017). Psychische und kontextuelle Belastungen, Motivationsfaktoren und Bedürfnisse von haupt-und ehrenamtlichen Flüchtlingshelfern. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 67(08), 345-351. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100096>
- Haag, C., Robinaugh, D. J., Ehlers, A., & Kleim, B. (2017). Understanding the emergence of chronic posttraumatic stress disorder through acute stress symptom networks. *JAMA psychiatry*, 74(6), <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788>

## Literaturverzeichnis

- Haaga, D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 547. <https://doi.org/10.1037/0022-006X68.4J47>
- Hassen, S. H. (2016). *Investigating Sexual and Gender-Based Violence as a Weapon of War and a Tool of Genocide against Indigenous Yazidi Women and Girls by ISIS in Iraq*. Oregon State University.
- Hillebrecht, J. (2019). Auswirkungen der Arbeit in der Flüchtlingsversorgung auf die professionelle Lebensqualität von professionellen Helferinnen - ein Vergleich mit der allgemeinen Flüchtlingsversorgung. In F. Junne, J. Denking, J. I. Kizilhan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg* (S. 346-358). Beltz Juventa.
- Hillebrecht, J., Helmes, A., & Bengel, J. (2018). Psychological Care for a High Risk Group of Refugees-Concept of Care for the Yazidi Women and Children of the Sonderkontingent Baden-Württemberg in Freiburg. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 68(3-4), 137-141. <https://doi.org/10.1055/s-0043-122280>
- Hirschelmann, A., & Rasha, A. R. (2021). Social Trauma Between Psycho-Criminology and Psycho-Victimology. In A. Hamburger, C. Hancheva, V. D. Volkan (Hrsg.), *Social Trauma – An Interdisciplinary Textbook* (S. 303-310). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-47817-9\\_32](https://doi.org/10.1007/978-3-030-47817-9_32)
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13-22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
- Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2018). Trauma and perceived social rejection among Yazidi women and girls who survived enslavement and genocide. *BMC Med*, 16(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1140-5>
- James, H., & Crawford, G. B. (2021). Healthcare interpreters and difficult conversations: a survey. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003045>
- Jobst, E., Gall, C., Eiche, C., Birkholz, T., & Pröttengeier, J. (2018). Do good, stay well. Well-being and work satisfaction among German refugee helpers: A national cross-sectional study. *PloS one*, 13(12), e0209697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209697>

## Literaturverzeichnis

- Junne, F., Denking, J. K., Kizilhan, J. I., & Zipfel, S. (Hrsg.). (2019). *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg*. Beltz Juventa.
- Jurisch, F., Kolassa, I.-T., & Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 250-261. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.38.4.250>
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Unveränderter Neudruck der Ausgabe von 1979*. Psychosozial-Verlag.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S26.
- Kelly, J. T., Betancourt, T. S., Mukwege, D., Lipton, R., & Vanrooyen, M. J. (2011). Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Conflict and health*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R. M., Junne, F., Schleyer, M., Daniels, J. K., Ditzen, B., & Herzog, W. (2017). Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: a cross-sectional study. *Psychopathology*, 50(4), 262-272. <https://doi.org/10.1159/000477670>
- Kindermann, D., Schmid, C., Schell, T., Junne, F., Thalheimer, M., Daniels, J. K., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Experiences and psychological strain in volunteer medical doctors providing medical visual examination for asylum seekers in a reception center in Germany—a qualitative interview study. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 34(4), 265-286. <https://doi.org/10.1080/15555240.2019.1586550>
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of abnormal psychology*, 108(1), 164-170. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.1.164>
- Kirkpatrick, L. A., & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 66(3), 502-512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.3.502>
- Kizilhan, J. I. (2009). Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychotherapeut*, 54(4), 281-288. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0656-8>



## Literaturverzeichnis

- Kliem, S., Mößle, T., Klatt, T., Fleischer, S., Kudlacek, D., Kröger, C., Brähler, E., Beutel, M. E., & Wiltink, J. (2016). Psychometric evaluation of an Arabic version of the PHQ-4 based on a representative survey of Syrian refugees. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(9-10), 385-392. <https://doi.org/10.1055/s-0042-114775>
- Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J., & Wagner, B. (2015). Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(3):e71. <https://doi.org/10.2196/jmir.3582>
- Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P., & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 169-174. <https://doi.org/10.1037/a0019362>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843-851.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Van Der Tweel, I., & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(12), 825-832. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>
- Leo, D., Izadikhah, Z., Fein, E. C., & Forooshani, S. A. (2021). The effect of trauma on religious beliefs: a structured literature review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 161-175. <https://doi.org/10.1177/1524838019834076>
- Lewis, S. F., Resnick, H. S., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Kilpatrick, D. G., Best, C. L., & Saunders, B. E. (2005). Assault, psychiatric diagnoses, and sociodemographic variables in relation to help-seeking behavior in a national sample of women. *Journal of traumatic stress*, 18(2), 97-105. <https://doi.org/10.1002/jts.20012>
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Wehrwein, A., Brähler, E., & Schäfer, I. (2018). Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder in refugees-a systematic review. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 68(1), 22-29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and

## Literaturverzeichnis

- standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Lusk, M., & Terrazas, S. (2015). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(2), 257-273. <https://doi.org/10.1177/0739986315578842>
- Maercker, A. (2013). Psychologische Modelle. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 33-49). Springer.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>
- Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(6), 465-481. <https://doi.org/10.1002/cpp.1805>
- Maercker, A., & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 105-124). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8_6)
- Maercker, A., Schützwohl, M., & Solomon, Z. (1998). Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments.
- Mavratza, T., Adamakidou, T., Apostolara, P., Fasoi, G., Mantzorou, M., Mantoudi, A., Drakopoulou, M., & Misouridou, E. (2021). Professional Quality of Life in Greek Health Professionals Working with Refugees and Migrants. *Materia Socio-Medica*, 33(2), 94. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.94-99>
- Mayring, P. (2015). Qualitative content analysis: Theoretical background and procedures. In *Approaches to qualitative research in mathematics education* (pp. 365-380). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9181-6\\_13](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9181-6_13)
- Mette, J., Robelski, S., Wirth, T., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2020). “Engaged, Burned Out, or Both?” A Structural Equation Model Testing Risk and Protective Factors for Social Workers in Refugee and Homeless Aid. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 583. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020583>

## Literaturverzeichnis

- Mohammadi, D. (2016). Help for Yazidi survivors of sexual violence. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 409-410. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30004-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30004-9)
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical psychology review*, 34(3), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002>
- Nick, S., Schröder, J., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2019). Organisierte und Rituelle Gewalt in Deutschland. *Trauma & Gewalt*, 13(2), 114-127. <https://doi.org/10.21706/tg-13-2-114>
- Nietlisbach, G., & Maercker, A. (2009). Effects of social exclusion in trauma survivors with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(4), 323. <https://doi.org/10.1037/a0017832>
- Nikendei, C., Kindermann, D., Junne, F., & Greinacher, A. (2019). Traumatherapie bei Geflüchteten. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 20(02), 46-50. <https://doi.org/10.1055/a-0771-5193>
- Norris, F. H., Kaniasty, K. Z., & Scheer, D. A. (1990). Use of mental health services among victims of crime: Frequency, correlates, and subsequent recovery. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(5), 538. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.5.538>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2016, 15. Juni). *They came to destroy: ISIS Crimes Against the Yazidis*. [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/A\\_HRC\\_32\\_CRP.2\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/A_HRC_32_CRP.2_en.pdf)
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., & Michalska, P. (2020). The Mediating Role of Cognitive Trauma Processing in the Relationship Between Empathy and Secondary Traumatic Stress Symptoms Among Female Professionals Working With Victims of Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3-4), NP12898-NP12921. <https://doi.org/10.1177/0886260520976211>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and

## Literaturverzeichnis

- comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101(1), 46-59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Püttker, K., Thomsen, T., & Bockmann, A.-K. (2015). Sekundäre Traumatisierung bei Traumatherapeutinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44, 254-265. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000332>
- Rivara, F. P., Haneuse, S. J., Morris, A. M., & Fihn, S. D. (2022). Call for Papers on the Effects of War on Health and Health Care Delivery, Access, and Equity. *JAMA network open*, 5(5), e2217872-e2217872. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17872>
- Roberts, F., Teague, B., Lee, J., & Rushworth, I. (2021). The Prevalence of Burnout and Secondary Traumatic Stress in Professionals and Volunteers Working With Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Two Meta-Analyses. *Journal of traumatic stress*, 34(4), 773-785. <https://doi.org/10.1002/jts.22659>
- Rometsch-Ogioun, C. E. S., Denking, J. K., Windthorst, P., Nikendei, C., Kindermann, D., Renner, V., Ringwald, J., Brucker, S., Tran, V., & Zipfel, S. (2018). Psychological Burden in Female, Iraqi Refugees Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State": The Perspective of Care Providers. *Frontiers in psychiatry*, 9, 562-562. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00562>
- Rometsch, C., Denking, J. K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Gibbons, N., Pham, P., Zipfel, S., & Junne, F. (2020). Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State"(IS). *Journal of psychosomatic research*, 130, 109931. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109931>
- Rometsch, C., Denking, J. K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Nikendei, C., Zipfel, S., & Junne, F. (2020). Care providers' views on burden of psychosomatic symptoms of IS-traumatized female refugees participating in a Humanitarian Admission Program in Germany: A qualitative analysis. *PloS one*, 15(10), e0239969. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239969>
- Rosner, R., Sachser, C., Hornfeck, F., Kilian, R., Kindler, H., Mucbe, R., Müller, L. R. F., Thielemann, J., Waldmann, T., & Ziegenhain, U. (2020). Improving mental health care for unaccompanied young refugees through a stepped-care approach versus

## Literaturverzeichnis

- usual care+: study protocol of a cluster randomized controlled hybrid effectiveness implementation trial. *Trials*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04922-x>
- Ruby Reid-Cunningham, A. (2008). Rape as a Weapon of Genocide. *Genocide studies and prevention*, 3(3), 279-296. <https://doi.org/10.3138/gsp.3.3.279>
- Rugema, L., Mogren, I., Ntaganira, J., & Krantz, G. (2015). Traumatic episodes and mental health effects in young men and women in Rwanda, 17 years after the genocide. *BMJ open*, 5(6), e006778. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006778>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Andina-Díaz, E., Fernández-Medina, I. M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Sola, C., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Emotions, feelings, and experiences of social workers while attending to vulnerable groups: a qualitative approach. *Healthcare*, 9(1), 87, <https://doi.org/10.3390/healthcare9010087>
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten years after the genocide: trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *Journal of traumatic stress*, 19(1), 95-105. <https://doi.org/10.1002/jts.20104>
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (2019). *S3-leitlinie posttraumatische belastungsstörung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5>
- Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2003). PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*, 10(2), 5-6.
- Schell, T. L., Marshall, G. N., & Jaycox, L. H. (2004). All symptoms are not created equal: the prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *Journal of abnormal psychology*, 113(2), 189-197. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.189>
- Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 88(1), 10-17. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0243-5>
- Schock, K., Böttche, M., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2016). Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32106. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32106>

## Literaturverzeichnis

- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland–Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *Wido Monit*, *15*, 1-20.
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(2), 179-187. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01766.x>
- Schweitzer, R., Murray, K., & Denking, J. (2021). De-Stigmatizing Mental Health. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/global-events/202106/de-stigmatizing-mental-health>
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *153*(2), 219-225.
- Siegrist, P., & Maercker, A. (2010). Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Trauma & Gewalt*, *3*, 208-213.
- Solomon, Z., Horesh, D., & Ein-Dor, T. (2009). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptom clusters among war veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(6), 837. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04347>
- Sommer, J., Hinsberger, M., Holtzhausen, L., Kaminer, D., Seedat, S., Elbert, T., Augsburger, M., Maercker, A., & Weierstall, R. (2017). Associations between societal disapproval and changes in symptoms of PTSD and appetitive aggression following treatment among high-risk South African males. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1), 1369831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1369831>
- Sonnenmoser, M. (2010). Sekundäre Traumatisierung: Mythos oder Realität. *Ärzteblatt, Ausgabe März*, *117*.
- Staatsministerium Baden-Württemberg. (2019, 22. November). „Wir können wieder leben“ – *Jesidinnen und ihr Leben im Südwesten*. <https://stm.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/meldung/pid/wir-koennen-wieder-leben-jesidinnen-und-ihr-leben-im-suedwesten/>
- Stammel, N., Knaevelsrud, C., Schock, K., Walther, L. C., Wenk-Ansohn, M., & Böttche, M. (2017). Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup2), 1377552. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377552>

## Literaturverzeichnis

- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F., & Kruse, J. (2015). The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 69(7), 483-496. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1005023>
- Tawakkuli, M. (2020). *Auswirkungen der Arbeit mit Geflüchteten auf die psychische Gesundheit von Dolmetschenden: eine systematische Literaturanalyse*. Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg.
- Thomas, É., Saumier, D., & Brunet, A. (2012). Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 122-129. <https://doi.org/10.1177/070674371205700209>
- Trilesnik, B., Altunoz, U., Wesolowski, J., Eckhoff, L., Ozkan, I., Loos, K., Penteker, G., & Graef-Calliess, I. T. (2019). Implementing a Need-Adapted Stepped-Care Model for Mental Health of Refugees: Preliminary Data of the State-Funded Project “RefuKey”. *Frontiers in psychiatry*, 10, 688. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00688>
- Tsang, H. W., Ching, S., Tang, K., Lam, H., Law, P. Y., & Wan, C. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520-531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- United Nations High Commissioner for Refugees (2015, 12. Februar). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28 Juli 1951. Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967*. [https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK\\_Pocket\\_2015\\_RZ\\_final\\_ansicht.pdf](https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf)
- United Nations High Commissioner for Refugees (2022, 16. Juni). *Figures at a glance*. <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

## Literaturverzeichnis

- Universität Tübingen. (2022). *Zertifikatsstudium Integrative Sozialarbeit*. <https://uni-tuebingen.de/weiterbildung/programm/integrative-sozialarbeit/>
- Veigel, S., & Wenk-Ansohn, M. (2015). Menschenrechtsverletzungen an den EU-Außengrenzen. *Asylmagazin*, 6, 187-193.
- Weine, S. M., Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Laub, D. (1995). Psychiatric consequences of "ethnic cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 536-542. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.536>
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook*. Guilford Press.
- Williams, M. E., & Thompson, S. C. (2011). The use of community-based interventions in reducing morbidity from the psychological impact of conflict-related trauma among refugee populations: a systematic review of the literature. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 780-794. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9417-6>
- Wirth, T., Mette, J., Nienhaus, A., Schillmöller, Z., Harth, V., & Mache, S. (2019). "This Isn't Just about Things, It's about People and Their Future": A Qualitative Analysis of the Working Conditions and Strains of Social Workers in Refugee and Homeless Aid. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3858. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203858>
- Wolf, S., Seiffer, B., Hautzinger, M., Othman, M. F., & Kizilhan, J. (2019). Aufbau psychotherapeutischer Versorgung in der Region Dohuk, Nordirak. *Psychotherapeut*, 64(4), 322-328. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0344-2>
- World Health Organization. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 8. überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10-GM* (H. Dilling & H. J. Freyberger, Hrsg.). Hogrefe Verlag.
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- Xu, W., Wang, J., Wang, Z., Li, Y., Yu, W., Xie, Q., He, L., & Maercker, A. (2016). Web-based intervention improves social acknowledgement and disclosure of trauma, leading to a reduction in posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2695-2708. <https://doi.org/10.1177/1359105315583371>



## Literaturverzeichnis

- Yi, L.-J., Liu, Y., Tang, L., Cheng, L., Wang, G.-H., Hu, S.-W., Liu, X.-L., Tian, X., & Jiménez-Herrera, M. F. (2022). A Bibliometric Analysis of the Association Between Compassion Fatigue and Psychological Resilience From 2008 to 2021. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.890327>
- Zimering, R., Munroe, J., & Gulliver, S. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times, 20*(4).
- Zipfel, S., Nikendei, C., & Junne, F. (2016). Fördern, Fordern und Überfordern? *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 66*(07), 263-265. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109592>



## Danke

Vielen Dank an Prof. Dr. Katrin Giel und Prof. Dr. Martin Hautzinger für die Betreuung und Begutachtung dieser Dissertation. Danke für die freien Entfaltungsmöglichkeiten, die hilfreichen Anregungen und die kontinuierliche Unterstützung auf meinem Weg zur Promotion.

Mein ganz besonderer Dank gilt Prof. Dr. Florian Junne für die direkte Betreuung meiner Arbeit. Dank deiner Unterstützung konnte ich innerhalb der letzten fünf Jahre meine gesetzten Ziele erreichen und mir darüber hinaus so manchen Lebenstraum erfüllen. Vielen Dank für dein Vertrauen in mich, für deine großen Ideen und deine verlässliche Begleitung.

Ein herzlicher Dank an Prof. Dr. Stephan Zipfel für die Möglichkeit meine Dissertation in der Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Tübingen schreiben zu können und die kontinuierliche Unterstützung meiner Projekte.

Meiner Arbeitsgruppe rund um Dr. Caroline Rometsch, Dr. Petra Windthorst, Martha Engelhardt und Dr. Johanna Graf möchte ich ein ganz besonders herzliches Dankeschön aussprechen. Ihr wart die Homepage, die ich für meine Dissertation gebraucht habe. Vielen Dank, dass ihr auch über die großartige gemeinsame Zeit in der Psychosomatik Tübingen meine Ansprechpartnerinnen und Freundinnen geblieben seid.

Vielen Dank an die gesamte AG-Junne, AG-Giel und AG Herrmann-Werner, insbesondere an Dr. Felicitas Stuber, Dr. Katrin Ziser, Dr. Simone Behrens und Dr. Rebecca Erschens. Vielen Dank für eure Hilfe bei all meinen Fragen und eure Freundschaft von Anfang an.

Vielen Dank an die Friedrich-Ebert-Stiftung für die wertvolle Unterstützung bei meinem Forschungsvorhaben. Die Angebote zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung sowie die wertschätzenden Kontakte in der Stipendiaten-Gemeinschaft waren eine echte Bereicherung.

Ein Dank von tiefstem Herzen geht an meine Familie: Danke an meine Mutter Andrea für den Glauben, alles schaffen zu können. Danke an meine Schwester Alexandra für den Blick über den Tellerrand. Danke an Wolfgang für dein beständiges Vertrauen in mich. Danke an Klaus für deine Ruhe und Zuversicht. Danke an Sabine und Alfred für eure tatkräftige Unterstützung in allen Lebenslagen.

Den goldenen Schluss bildet ein riesengroßes Dankeschön an Dominik. Danke, dass du mit mir von Anfang an durch alle Höhen und Tiefen auf dem Weg zu dieser Dissertation gegangen bist. Danke, dass du an mich glaubst, mich bestärkst und immer an meiner Seite stehst.



## **Anhang: Publikationen**

### **1. Publikation:**

Denkinger, J. K., Rometsch, C., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Pham, P., Gibbons, N., Zipfel, S., & Junne, F. (2021). Longitudinal changes in posttraumatic stress disorder after resettlement among Yazidi female refugees exposed to violence. *JAMA network open*, 4(5), e2111120-e2111120. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11120>

**Eingereicht** am 14. Januar 2021

**Akzeptiert** am 30. März 2021

**Veröffentlicht** am 28. Mai 2021

### **2. Publikation:**

Denkinger, J. K., Windthorst, P., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Blume, M., Sedik, H., Kizilhan, J. I., Gibbons, N., Pham, P., Hillebrecht, J., Ateia, N., Nikendei, C., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “islamic state”. *Frontiers in psychiatry*, 9, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234>

**Eingereicht** am 16. März 2018

**Akzeptiert** am 15. Mai 2018

**Veröffentlicht** am 05. Juni 2018

### **3. Publikation:**

Denkinger, J. K., Rometsch, C., Murray, K., Schneck, U., Brißlinger, L. K., Rahmani Azad, Z., Windthorst, P., Graf, J., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Junne, F. (2022). Addressing barriers to mental health services: Evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2066458. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066458>

**Eingereicht** am 16. Januar 2022

**Akzeptiert** am 23. März 2022

**Veröffentlicht** am 29. März 2022





Original Investigation | Psychiatry

# Longitudinal Changes in Posttraumatic Stress Disorder After Resettlement Among Yazidi Female Refugees Exposed to Violence

Jana Katharina Denking, MSc; Caroline Rometsch, MD; Martha Engelhardt, MSc; Petra Windthorst, PhD; Johanna Graf, PhD; Phuong Pham, PhD; Niamh Gibbons, BA; Stephan Zipfel, MD, PhD; Florian Junne, MD, PhD

## Abstract

**IMPORTANCE** Posttraumatic stress disorder (PTSD) is highly prevalent among refugees surviving mass atrocities, especially among women. Longitudinal studies investigating factors associated with PTSD course are essential to enable adequate treatment yet widely lacking.

**OBJECTIVE** To identify longitudinal changes in PTSD severity and posttraumatic coping among severely traumatized female refugees as well as risk and protective factors for PTSD course.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** This prospective cohort study took place in 14 German cities in the context of a humanitarian admission program that resettled 1000 especially vulnerable women and children from northern Iraq to Germany. Approximately 400 adult beneficiaries of the humanitarian admission program were eligible for the study. At baseline, a total of 116 of the 400 beneficiaries (29.0%) participated, with 96 (82.8%) of these women participating in the follow-up assessment. The study included a baseline assessment conducted 2 years after resettlement (September 1, 2017, to January 12, 2018) and a 1-year follow-up (August 29, 2018, to January 15, 2019).

**EXPOSURES** Violence and/or captivity during the 2014 genocide in northern Iraq by the so-called Islamic State.

**MAIN OUTCOMES AND MEASURES** Posttraumatic stress disorder severity and coping strategies were assessed in interpreter-aided interviews using the Impact of Event Scale-Revised.

**RESULTS** A total of 116 women (mean [SD] age, 32.2 [8.2] years; 115 [99.1%] Yazidi; 1 [0.9%] Christian) participated at baseline. According to the Impact of Event Scale-Revised, a high PTSD severity was found (mean [SD] raw sum score, 60.88 [15.75] of 88, with higher scores indicating greater distress), with no significant change over time. Helpful coping strategies included prayer, belief in collective strength, and belief in personal strength. Earlier symptoms of intrusions ( $\beta = 0.389$ ,  $P = .007$ ) and longer captivity ( $\beta = 0.218$ ,  $P = .02$ ) were identified as being associated with PTSD severity 1 year later. Longer captivity was associated with PTSD aggravation over time ( $\beta = 0.227$ ,  $P = .04$ ). Posttraumatic strengthening in faith ( $\beta = -0.206$ ,  $P = .05$ ) and in social relationships ( $\beta = -0.221$ ,  $P = .03$ ) were associated with a reduction in PTSD symptoms.

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** These findings suggest that female refugee survivors of genocide are at high risk for severe and chronic PTSD beyond the initial years of resettlement. The findings provide suggestions for mental health care specialized for particularly vulnerable populations.

JAMA Network Open. 2021;4(5):e2111120. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11120

**Open Access.** This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY License.

## Key Points

**Question** How does posttraumatic stress disorder (PTSD) change during a 1-year period in female refugees who survived mass atrocities, and what factors are associated with PTSD course?

**Findings** This cohort study with 116 female refugee survivors of captivity and genocide found high PTSD severity 2 years after resettlement in Germany with no significant change 1 year later. Factors associated with severe PTSD were earlier symptoms of intrusions and longer time spent in traumatic situations, whereas strengthening in faith and social relationships were associated with symptom relief over time.

**Meaning** This study suggests that female refugee survivors of genocide and captivity are at high risk for severe and chronic PTSD beyond the initial years of resettlement.

## + Supplemental content

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

## Introduction

Mental illnesses, such as posttraumatic stress disorder (PTSD), are prevalent after mass atrocities and displacement. Early studies<sup>1-7</sup> investigating 1 of the most recently affected populations, displaced Yazidis from northern Iraq after the 2014 genocide, indicate an alarming prevalence of PTSD (42.9%-100%), with women having higher prevalence rates than men. Previous research<sup>8-12</sup> with genocide survivors (eg, in Rwanda or Bosnia) found that severe mental health effects can last years, even decades, after genocide.

The greater prevalence of PTSD among women is also seen in genocide-affected and refugee populations.<sup>10,13,14</sup> A potential explanation might be that sexualized violence is disproportionately committed against women in armed conflicts.<sup>15-17</sup> This explanation aligns with the recently published finding that exposure to gender-based violence, including sexual slavery while held in captivity by the nonstate armed organization known as the Islamic State (IS), was associated with PTSD in Yazidi women after the 2014 genocide.<sup>18</sup>

Although several factors associated with PTSD onset have been identified, studies investigating factors associated with the longitudinal PTSD course, meaning the trajectory of posttraumatic symptoms over several years, remain rare.<sup>19</sup> A systematic review<sup>19</sup> of naturalistic prospective cohort studies with trauma survivors found social relationships and support to be preventive of a severe, chronic PTSD symptom trajectory. The review<sup>19</sup> also found that female sex, older age, minority status, trauma severity, and PTSD symptoms (particularly higher hyperarousal) at baseline are associated with an unfavorable PTSD course. Other studies<sup>20-24</sup> have yielded inconsistent findings regarding whether individual PTSD symptoms are associated with subsequent PTSD. Because only a few studies in the systematic review<sup>19</sup> involved genocide survivors or refugees and other cross-sectional studies<sup>25,26</sup> indicate the existence of distinct PTSD symptomatologic patterns in refugees, a deeper understanding of the course of PTSD and potential risk and resilience factors is essential for this field of research and clinical practice.

Previous cross-sectional studies<sup>27,28</sup> have highlighted the effective use of coping strategies (eg, sense of purpose in life, use of social support, or religious coping) as preventive for PTSD after trauma and as associated with lower PTSD symptoms and even PTSD recovery. Coping refers to cognitive and behavioral efforts to help an individual master, reduce, or tolerate specific external and/or internal demands that are perceived as overwhelming.<sup>29,30</sup> Two early qualitative studies<sup>31,32</sup> with small samples suggest collective and religious coping strategies to be salient among Yazidi genocide survivors.

Current understanding of the longitudinal course of PTSD and the effectiveness of coping strategies is incomplete, particularly with regard to the distinctive needs of female refugees after surviving mass atrocities. Longitudinal studies in this area are essential for research and clinical practice. Because such studies are currently lacking, the current study combines 2 main aims. The first aim, following a pathogenic approach, is to identify the course of PTSD in resettled female survivors of the 2014 genocide and potential factors associated with PTSD severity and course over time. The second aim, following a salutogenic approach, is to identify preferred coping strategies and protective factors during the long-term course of PTSD in this high-risk group. On the basis of the previous research discussed above,<sup>19,27,28,31,32</sup> we hypothesized that earlier PTSD symptoms and higher severity of trauma exposure (for Yazidi women, the amount of time spent in IS captivity) are associated with an unfavorable PTSD course. Positive posttraumatic changes in religious and social factors are hypothesized to be significantly associated with a favorable PTSD course.

---

## Methods

### Study Design

The prospective cohort study included a baseline (September 1, 2017, to January 12, 2018) and a 1-year follow-up (August 29, 2018, to January 15, 2019) assessment. The study proceeded via



interpreter-aided interviews. Results of the baseline investigation regarding psychosomatic symptoms and perspectives on justice are presented in previous publications.<sup>33,34</sup> The Harvard Human Research Protection Program Institutional Review Board and the clinical Ethics Committee of the University Hospital Tübingen approved the study. Participants gave written informed consent to participate and to be contacted again 1 year later for a follow-up assessment. All data were deidentified. This study followed the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) reporting guideline.<sup>35</sup>

### Participants and Setting

In August 2014, IS attacked and overran the Sinjar Mountains of the Nineveh governorate in northern Iraq. The mountain region has historically been home to the Yazidis (Êzidi), who were explicitly and brutally targeted by IS.<sup>36</sup> This extreme violence included enslavement, forced conversion to Islam, rape, forced marriage, and execution<sup>2,37</sup> and was declared to be an ongoing genocide in 2016 by the United Nations.<sup>38</sup> In response, the German federal state Baden-Württemberg implemented a humanitarian admission program (HAP) called Special Quota Project for Especially Vulnerable Women and Children From Northern Iraq, which was open to women and children without family support who had survived IS violence, especially sexual assault.<sup>39,40</sup> Before resettlement, approximately 98% of the HAP beneficiaries met the criteria for PTSD.<sup>41,42</sup> From March 17, 2015, through January 2016, a total of 1000 women and children were flown out of Iraq to Germany.<sup>40</sup> The beneficiaries received secure housing in 19 cities in Baden-Württemberg and financial support. Moreover, medical, psychotherapeutic, and psychiatric support was available to the women.<sup>39,43-45</sup> In our sample, approximately 73% had seen a psychologist in the first 2 years of resettlement.<sup>39</sup>

All adult HAP beneficiaries were eligible to participate in the current study because they were already preselected as severely affected by trauma through the program. Social workers of each HAP accommodation center were invited to inform their clients about participation starting from July 2017. Voluntary recruitment within this special sample aimed to enable participation without creating pressure. When women confirmed interest, the research team provided detailed study information in Kurdish-Kurmanji, Arabic, or German. All 116 study participants had experienced the 2014 IS attacks in northern Iraq.

### Survey Instruments

#### Impact of Event Scale-Revised

To measure PTSD severity, the Impact of Event Scale-Revised (IES-R)<sup>46,47</sup> was used. This self-report measure consists of 22 items that assess the degree of distress caused by PTSD symptoms during the past 7 days on a 5-point Likert scale (0 to 4), with 0 indicating not at all and 4 indicating extremely. The IES-R raw sum scores (ranging from 0 to 88) as well as 3 subscale scores (intrusions, avoidance, and hyperarousal) can be derived, with higher scores indicating higher levels of distress. All 3 subscale scores range from 0 to 4, with the intrusion subscale score consisting of the mean of 8 item scores (eg, regarding intrusive thoughts or nightmares), the avoidance subscale score referring to the mean of another 8 item scores (eg, regarding the avoidance of feelings or reminders), and the hyperarousal subscale score defined as the mean of 6 item scores (eg, regarding irritability).<sup>47</sup> The IES-R shows high internal consistency ( $\alpha = .96$ ).<sup>48</sup>

Even though the IES-R is not a diagnostic tool, there is evidence that it might discriminate between individuals with and without probable PTSD, and cutoff scores have been cited in previous literature.<sup>49</sup> Best diagnostic accuracy was found with a cutoff score of 33.<sup>48</sup> Because this cutoff has been used in previous literature within different samples, including refugees,<sup>48,50,51</sup> we report the percentage of IES-R raw sum scores above 33 to enable comparison with other studies.

#### Context-Specific Questionnaire Items and Coping

To assess context-specific details, the study team, consisting of epidemiologists, psychologists, psychotherapists, and physicians from Harvard University and the University Hospital of Tübingen

experienced in the research field of genocide, developed questionnaire items that contained sociodemographic characteristics (eg, ethnicity), HAP specifics (eg, time spent in captivity), and potential outcomes associated with trauma (eg, changes in faith through trauma and feelings of exclusion from the community) (eAppendix in the [Supplement](#)). Moreover, the perceived helpfulness of different emotion-focused coping strategies according to Folkman and Lazarus<sup>29,30</sup> in the aftermath of trauma was assessed (“How much do the following strategies help you cope with the effects of IS violence? 1. Belief in collective strength, e.g. strength of the Yazidi community or your family, 2. Belief in personal strength, e.g., belief in yourself and your own strength, 3. Praying, 4. Social retreat, e.g., spending time alone, 5. Exchange trauma contents with others, 6. Seeking professional help, e.g., doctors, psychotherapist, 7. Seeking help within the Yazidi community”). Questionnaire items were answered on a 5-point Likert-scale (0 to 4), with 0 indicating not at all and 4 indicating extreme, or as open-ended questions (ie, when asking about ethnicity or religion). During follow-up, the same questionnaire was used with some additions (eg, 1 item assessing changes in social relationships during the past year).

The questionnaire was developed in German and English and then translated into Kurdish-Kurmanji, the language spoken by participants. The Kurdish translations were discussed, revised, and agreed on by a multidisciplinary expert team that included Kurdish and Yazidi members. The final version was piloted and discussed with 2 Kurdish/Yazidi women to ensure comprehensibility and cultural appropriateness.

### Study Implementation

Interviewers were female mental health professionals accompanied by female interpreters. Before data collection, interviewers and interpreters received several days of training. Interviews took place in private rooms of the HAP accommodation in 14 German cities. To facilitate the selection of responses to quantitative questions and to ensure accuracy, participants could show their answer on a graphic representation of the Likert scale. At baseline, interviews were audio-recorded, and the Kurdish segments of the recordings, instead of the interpreters' spontaneous translations, were translated again and transcribed to validate the data entry process and to allow the research team to analyze the interviews qualitatively.<sup>39</sup>

### Statistical Analysis

For sample description, means, valid percentages, and distributions are reported. Repeated-measure analyses of variance were calculated with Greenhouse-Geisser adjustments for lack of sphericity and Bonferroni-adjusted post hoc analyses to counteract the problem of multiple comparisons. Furthermore, Pearson correlations, independent *t* tests, Mann-Whitney tests, and paired-samples *t* tests were used. A first multiple linear regression analysis was performed to test the hypothesis that the severity of distinct PTSD symptom clusters at baseline is associated with overall PTSD severity 1 year later. Because previous studies<sup>20-24</sup> suggest that past PTSD severity is associated with subsequent PTSD severity but findings can be inconsistent regarding individual PTSD symptom clusters as factors associated with subsequent PTSD, we included all 3 baseline IES-R subscale scores as independent variables, controlling for age<sup>52,53</sup> and number of days spent in captivity.<sup>42</sup> Given that the authors of the IES-R recommend the use of means of the different item scores rather than raw sum scores<sup>46</sup> and that we aimed to avoid an overrepresentation of the 8-item subscales over the 6-item subscale in the sum score for PTSD severity for this analysis, we used the sum of all 3 subscales (IES-R subscale sum score range, 0-12)<sup>54,55</sup> at follow-up instead of the IES-R raw sum score as the dependent variable. A second multiple linear regression was performed to test the hypothesis that posttraumatic changes in faith and in social relationships are associated with a favorable PTSD course,<sup>19</sup> even when age<sup>52,53</sup> and the number of days in captivity are controlled for.<sup>42</sup> The PTSD course over time was defined as the difference of IES-R subscale sum scores at follow-up and baseline (change in IES-R subscale sum scores = IES-R subscale sum score at follow-up – IES-R subscale sum score at baseline). Multicollinearity was assessed with the values of tolerance and the

variance of inflation factor. All tests were 2-sided with a significance level of  $\alpha = .05$ . Statistical analyses were performed using SPSS statistical software, version 24 (IBM Inc).

## Results

### Demographic Information

At baseline, 116 women (mean [SD] age, 32.2 [8.2] years; 115 [99.1%] Yazidi; 1 [0.9%] Christian) participated in the study. With approximately 400 adult HAP beneficiaries, the estimated response rate of this study was 29% at minimum. At baseline, participants had been in Germany for approximately 2 years. One year later, 96 individuals (82.8%) participated in the follow-up assessment. Four participants dropped out because they moved to other cities in Germany and 3 others because they were in Iraq at the time of data collection. Other reasons for dropout were limited time resources and health issues. Sociodemographic characteristics of the sample are presented in **Table 1**.

**Table 1. Sociodemographic and Trauma-Related Characteristics of the Study Participants<sup>a</sup>**

Sociodemographic characteristic	Baseline (n = 116)	Follow-up (n = 96)
<b>Marital status</b>		
Married or partnership	68 (58.6)	62 (64.5)
Single	32 (27.6)	18 (18.8)
Widowed	15 (12.9)	15 (15.6)
Divorced	1 (0.9)	1 (1.0)
<b>Residence of spouse if married</b>		
In Germany with respondent	11 (16.2)	11 (17.7)
In Germany without respondent	6 (8.8)	8 (12.9)
In Iraq	24 (35.3)	18 (29.0)
Other country	3 (4.4)	0
Missing or unknown	24 (35.3)	25 (40.3)
<b>Highest educational level</b>		
None	33 (28.4)	27 (28.1)
Incomplete primary	16 (13.8)	19 (19.8)
Finished primary	50 (43.1)	39 (40.6)
Intermediate	13 (11.2)	10 (10.4)
High school	4 (3.4)	1 (1.0)
<b>Education and profession</b>		
Literacy	73 (62.9)	68 (70.8)
Current school enrollment	96 (82.8)	60 (62.5)
Currently employed	2 (1.7)	7 (7.4)
Seeking employment	23 (19.8)	24 (27.0)
Time since arrival in Germany, mean (SD) [range], d	727.90 (90.07) [539-934]	1091.13 (81.00) [911-1283]
Time spent in captivity, mean (SD) [range], d	202.68 (127.10) [0-720]	NA
<b>IES-R scores, mean (SD) [range]</b>		
IES-R raw sum score	60.88 (15.75) [14-87]	59.98 (14.55) [24-87]
IES-R subscale sum score	8.28 (2.16) [1.83-11.88]	8.16 (2.03) [3-11.88]
Intrusion subscale score <sup>b</sup>	2.93 (0.93) [0.25-4]	2.92 (0.96) [0.25-4]
Hyperarousal subscale score <sup>b</sup>	2.70 (0.91) [0-4]	2.64 (1.03) [0-4]
Avoidance subscale score <sup>b</sup>	2.66 (0.86) [0.13-4]	2.61 (0.89) [0.25-4]
Change in faith attributable to the traumatic event, mean (SD) [range] <sup>c</sup>	2.96 (1.21) [0-4]	2.63 (1.19) [0-4]
Change in social relationships in the past year, mean (SD) [range] <sup>d</sup>	NA	2.57 (1.29) [0-4]

Abbreviations: IES-R, Impact of Event Scale-Revised; NA, not applicable.

<sup>a</sup> Data are presented as number (percentage) of participants unless otherwise indicated.

<sup>b</sup> The IES-R subscale scores are associated with symptom severity because the score structure represents the items' Likert scale (with 0 indicating not at all and 4 indicating extremely).<sup>47</sup>

<sup>c</sup> Items were rated on a 5-point Likert scale (0-4), with 0 indicating weakened and 4 indicating strengthened.

<sup>d</sup> Items were rated on a 5-point Likert scale (0-4), with 0 indicating worse and 4 indicating better.

## Initial Assessment

### Posttraumatic Stress Disorder

Participants had been in captivity for a mean (SD) of 6.8 (4.2) months. At baseline, 2 years after resettlement, a mean (SD) IES-R raw sum score of 60.88 (15.75) was found, with 101 (92.7%) scoring above a cutoff of 33, indicating levels of symptoms associated with probable PTSD in previous studies.<sup>48</sup> Statistically significant differences were found between IES-R subscale scores ( $\eta^2 = 0.047$ ,  $P = .009$ ). Participants experienced more distress from intrusions than from avoidance (0.269; 95% CI, 0.077-0.462;  $P = .006$ ) or hyperarousal (0.233; 95% CI, 0.101-0.365;  $P < .001$ ). Differences in distress resulting from hyperarousal and avoidance were not statistically significant (0.036; 95% CI, -0.164 to 0.237;  $P = .72$ ). The follow-up ( $n = 96$ ) and dropout group ( $n = 20$ ) did not differ regarding IES-R raw sum scores ( $U = 696.00$ ,  $z = -0.719$ ,  $P = .47$ ). A correlation matrix of the trauma-related variables at baseline and follow-up can be found in **Table 2**.

### Coping

At baseline, statistically significant differences were evident in perceived helpfulness of different coping strategies ( $\eta^2 = 0.145$ ,  $P < .001$ ) (**Table 3**). Most participants reported a strengthening in faith resulting from trauma survival (strengthened, 59 [53.2%]; somewhat strengthened, 4 [3.6%]; no change, 38 [34.2%]; somewhat weakened, 5 [4.5%]; weakened, 5 [4.5%]) and felt no exclusion from the Yazidi community (not at all, 83 [78.3%]; a little bit, 0 [0%]; moderately, 10 [9.4%]; quite a bit, 2 [1.9%]; and extremely, 11 [10.4%]).

## Follow-up Assessment

### Education and Employment

At follow-up, 51 women (53.1%) considered themselves literate in German, 47 (49.0%) in Arabic, and 30 (31.3%) in Kurdish-Kurmanji. Enrollment in school was reported by 60 participants (62.5%) (German language course, 44 [73.3%]; regular school, 16 [26.7%]). Table 1 indicates that the rates of literacy, employment, and employment seeking at follow-up were increased but school enrollment was decreased, likely because of participants graduating from a German language course. In Iraq, 13 (13.7%) of the participating women had worked outside their homes (at baseline, 15 women [12.9%] of the baseline sample).

### Posttraumatic Stress Disorder

At follow-up, the mean (SD) IES-R raw sum score was 59.98 (14.55), with 88 (94.7%) scoring above a cutoff of 33. No statistically significant changes occurred compared with baseline IES-R raw sum scores ( $t_{89} = 0.270$ ,  $P = .79$ ) or subscale scores for avoidance ( $t_{89} = 0.158$ ,  $P = .87$ ), intrusions ( $t_{90} = -0.014$ ,  $P = .99$ ), or hyperarousal ( $t_{90} = 0.257$ ,  $P = .80$ ). By depicting the PTSD course during a 1-year period, mean (SD) changes were -0.44 (15.62) (range, -37.0 to 43.0) for IES-R raw sum scores (follow-up minus baseline) and -0.065 (2.14) (range, -5.21 to 5.83) for IES-R subscale sum scores (follow-up minus baseline). All IES-R scores at baseline and follow-up are presented in Table 1.

### Associations With PTSD Severity at Follow-up

The data met the assumptions for regression analysis (Durbin-Watson statistic = 2.099). The analysis found that the model of symptom severity of intrusions, avoidance, and hyperarousal at baseline, age, and the number of days spent in captivity was statistically significantly associated with PTSD severity at follow-up ( $R^2 = 0.312$ , adjusted  $R^2 = 0.270$ ,  $P < .001$ ). As given in **Table 4**, standardized  $\beta$  values are highest for baseline intrusions ( $\beta = 0.389$ ,  $P = .007$ ) and number of days spent in captivity ( $\beta = 0.218$ ,  $P = .02$ ).

### Coping

Over time, 2 statistically significant changes occurred in participants' ratings of coping strategies (Table 3). Mean (SD) ratings of prayer (3.29 [1.25] at baseline and 3.01 [1.38] at follow-up,  $P = .05$ ),

Table 2. Correlation Matrix of Trauma-Related Variables (Pearson Correlation Coefficients)

Variable	Baseline				Follow-up				Time spent in captivity	Age	Change in faith	Change in social relationships	Change in IES-R subscale sum scores		
	IES-R raw sum score	Intrusion	Avoidance	Hyperarousal	IES-R raw sum score	Intrusion	Avoidance	Hyperarousal						Employment	Literacy in German
Baseline															
IES-R raw sum score	1														
Intrusion	0.875 <sup>a</sup>	1													
Avoidance	0.706 <sup>a</sup>	0.359 <sup>a</sup>	1												
Hyperarousal	0.808 <sup>a</sup>	0.713 <sup>a</sup>	0.289 <sup>a</sup>	1											
Follow-up															
IES-R raw sum score	0.462 <sup>a</sup>	0.507 <sup>a</sup>	0.161	0.401 <sup>a</sup>	1										
Intrusion	0.362 <sup>a</sup>	0.489 <sup>a</sup>	-0.072	0.439 <sup>a</sup>	0.823 <sup>a</sup>	1									
Avoidance	0.188	0.089	0.365 <sup>a</sup>	-0.055	0.461 <sup>a</sup>	-0.035	1								
Hyperarousal	0.409 <sup>a</sup>	0.474 <sup>a</sup>	0.042	0.450 <sup>a</sup>	0.801 <sup>a</sup>	0.738 <sup>a</sup>	-0.026	1							
Employment	0.175	0.048	0.211 <sup>b</sup>	0.164	0.040	-0.066	0.124	0.026	1						
Literacy in German	0.049	-0.015	0.063	0.083	-0.021	-0.105	0.064	-0.012	0.103	1					
Time spent in captivity	-0.073	0.002	-0.064	-0.134	0.186	0.171	0.184	0.069	-0.085	-0.115	1				
Age	-0.009	0.084	-0.098	-0.018	0.076	0.112	0.022	0.035	-0.123	-0.401 <sup>a</sup>	0.310 <sup>a</sup>	1			
Change in faith	0.143	0.093	0.170	0.071	-0.162	-0.087	-0.111	-0.125	0.102	-0.219 <sup>b</sup>	-0.109	0.069	1		
Change in social relationships	-0.045	-0.062	0.042	-0.095	-0.242 <sup>b</sup>	-0.302 <sup>a</sup>	0.121	-0.339 <sup>a</sup>	-0.064	0.071	0.034	0.038	0.062	1	
Change in IES-R subscale sum scores	-0.543 <sup>a</sup>	-0.376 <sup>a</sup>	-0.473 <sup>a</sup>	-0.418 <sup>a</sup>	0.491 <sup>a</sup>	0.409 <sup>a</sup>	0.228 <sup>b</sup>	0.381 <sup>a</sup>	-0.143	-0.121	0.260 <sup>b</sup>	0.147	-0.268 <sup>b</sup>	-0.209 <sup>b</sup>	1

Abbreviation: IES-R, Impact of Event Scale-Revised.

<sup>a</sup>  $P < .01$ .

<sup>b</sup>  $P < .05$ .

belief in collective strength (3.01 [1.46] at baseline and 2.90 [1.55] at follow-up,  $P = .63$ ), and belief in personal strength (2.71 [1.57] at baseline and 3.22 [1.23] at follow-up,  $P = .005$ ) were rated most helpful, with no statistically significant differences in preference among these 3 (Table 4). Moreover, half of the participants reported a strengthening in social relationships during the past year (stronger relationships, 32 [34.0%]; somewhat stronger, 15 [16.0%]; no change, 31 [33.0%]; somewhat weakened; 7 [7.4%]; and weakened relationships, 9 [9.6%]).

**Associations With PTSD Course**

A multiple linear regression analysis was performed to assess the extent to which the number of days spent in captivity as well as posttraumatic changes in faith and social relationships could explain the variance of PTSD symptom course. To control for relevant sociodemographic influences, age was included in the model.<sup>53</sup>

The data met the assumptions for regression analysis (Durbin-Watson statistic = 2.190). A statistically significant regression equation was found ( $R^2 = 0.177$ , adjusted  $R^2 = 0.136$ ,  $P = .003$ ). Results are given in **Table 5** and show an association of strengthening in faith ( $\beta = -0.206$ ,  $P = .05$ ) and social relationships ( $\beta = -0.221$ ,  $P = .03$ ) with PTSD symptom relief and an association between more days spent in captivity and PTSD aggravation ( $\beta = 0.227$ ,  $P = .04$ ).

**Table 3. Changes in Perceived Helpfulness of Posttraumatic Coping Strategies Over Time**

Coping strategy <sup>a</sup>	Baseline, mean (SD)	Follow-up, mean (SD)	P value
Praying	3.29 (1.25)	3.01 (1.38)	.05
Believe in collective strength	3.01 (1.46)	2.90 (1.55)	.63
Believe in personal strength	2.71 (1.57)	3.22 (1.23)	.005
Seeking help within the Yazidi community	2.40 (1.68)	2.41 (1.76)	.96
Exchange trauma contents with others	2.18 (1.71)	1.99 (1.72)	.41
Seeking professional help	2.11 (1.72)	2.25 (1.76)	.45
Social retreat	1.64 (1.66)	1.74 (1.75)	.64

<sup>a</sup> The helpfulness of 7 strategies in coping with symptoms of trauma was rated on a 5-point Likert scale (0-4), with 0 indicating not helpful at all and 4 indicating extremely helpful.

**Table 4. Multiple Linear Regression Analysis With PTSD Severity at Follow-up (IES-R Subscale Sum Score) as the Dependent Variable**

Variable	No. of participants	Mean b (SE) [95% CI]	$\beta$	P value	Tolerance
Constant	87	3.548 (1.204) [1.152 to 5.944]	NA	.004	NA
Baseline					
Avoidance	87	0.015 (0.234) [-0.451 to 0.481]	0.006	.95	0.882
Intrusions	87	0.829 (0.301) [0.230 to 1.427]	0.389	.007	0.426
Hyperarousal	87	0.366 (0.317) [-0.264 to 0.996]	0.159	.25	0.451
Age	87	0.010 (0.025) [-0.039 to 0.059]	0.038	.69	0.925
Time spent in captivity	87	0.004 (0.002) [0.001 to 0.007]	0.218	.02	0.925

Abbreviations: IES-R, Impact of Event Scale-Revised; NA, not applicable.

**Table 5. Multiple Linear Regression Analysis With PTSD Course (Change in IES-R Subscale Sum Score<sup>a</sup>) as the Dependent Variable**

Variable	No. of participants	Mean b (SE) [95% CI]	$\beta$	P value	Tolerance
Constant	86			.91	
Change in faith	86	-0.353 (0.177) [-0.706 to -0.001]	-0.206	.05	0.949
Change in social relationships	86	-0.368 (0.169) [-0.704 to -0.032]	-0.221	.03	0.989
Time spent in captivity	86	0.004 (0.002) [0.0003 to 0.008]	0.227	.04	0.902
Age	86	0.028 (0.028) [-0.027 to 0.084]	0.105	.32	0.947

Abbreviations: IES-R, Impact of Event Scale-Revised; PTSD, posttraumatic stress disorder.

<sup>a</sup> Positive change in IES-R subscale sum score indicates PTSD aggravation over time; negative change in IES-R subscale sum score indicates symptom decrease over time.

## Discussion

This cohort study investigated PTSD severity and coping in female genocide survivors 2 and 3 years after resettlement. Findings suggest that survivors experience severe psychological symptoms for years, even when participating in a HAP that aims to reduce postmigration stressors and provides mental health care. Longer captivity and severe intrusions are associated with unfavorable PTSD course, whereas a strengthening in faith through the traumatic event and positive changes in social relationships were identified as protective factors.

Even though approximately 73% of participants accepted psychotherapeutic help within the first 2 years of the program,<sup>39</sup> most continued to experience high distress from PTSD symptoms up to 3 years after resettlement. This chronicity is consistent with research investigating different samples of refugees<sup>14,56</sup> and genocide survivors.<sup>8-10</sup> Moreover, the severity of PTSD in the current sample is comparable to Rwandan genocide survivors who experienced traumatic crisis during commemoration activities 16 years after the genocide (IES-R raw sum scores, 59-62).<sup>57</sup>

Distress resulting from intrusions, hyperarousal, and avoidance behavior each remained persistently high over time. However, the findings of this study suggest a special focus on intrusions when identifying high-risk groups in refugees because intrusions were rated as the most distressing of the PTSD symptom clusters. Previous research with other samples found acute intrusions to be associated with other PTSD symptoms shortly after a traumatic event<sup>58</sup> and associated with PTSD 6 months later.<sup>24</sup> The current study suggests that this association can still be found in intrusions of highly traumatized women years after the traumatic event. Avoidance and hyperarousal were not associated with PTSD severity 1 year later, although previous studies<sup>20-23</sup> with other samples found such associations. This heterogeneity in results might be explained by different types of traumatic events and PTSD severity. As McFarlane<sup>59</sup> argued, different courses of PTSD can be expected, depending on the initial severity of the traumatic event.

As another main finding, the amount of time spent in captivity is associated with PTSD severity 3 years after resettlement and with symptom intensification in the resettlement environment. This finding supports the theory of the building-block effect,<sup>60</sup> meaning a dose effect between the number of experienced traumatic events and PTSD severity. With a mean of 6.8 months in captivity and severe PTSD symptoms 3 years after resettlement to a safe environment, the study's findings suggest that this dose-response association exists long term even on the upper end of the PTSD severity spectrum and applies, besides the number of traumatic events,<sup>42</sup> also for the amount of time spent in a traumatic situation.

The coping strategies perceived as most helpful in the current sample underline the importance of religion, community, and self-efficacy in the aftermath of trauma, which supports earlier qualitative findings.<sup>31,32</sup> With only 2 significant changes over time, these preferences in coping can be interpreted as robust findings. Interestingly, the helpfulness ratings of prayer decreased, whereas self-efficacy, or belief in personal strength, increased during 1 year. Perceived personal strengthening might be a sign of adaptation to the new life in Germany and aligns with the current study's findings that more women were literate, employed, and seeking employment than at the initial assessment. Even though the perceived helpfulness of prayer decreased slightly within the study's assessment period, praying was still considered one of the most helpful ways to cope with trauma 3 years after resettlement. Moreover, most women reported an increase in faith through the experienced trauma, which could be identified as a protective factor regarding PTSD chronicity.

Drawing strength from the community was found to be another highly preferred coping strategy, whereas social retreat was considered least helpful at both assessment times. Moreover, an improvement in social relationships was associated with PTSD symptom relief. This result supports a previous systematic review<sup>61</sup> that found that social support is well established as an important factor for trauma recovery. Because survivors of war-time rape are often rejected by their community and family,<sup>2,62</sup> the current finding can be seen as an encouragement to focus on community-based interventions<sup>63</sup> that strengthen social relationships in traumatized refugees.



## Limitations

This study has several limitations. Because of the preselected sample of HAP beneficiaries as particularly affected by severe and enduring trauma by IS fighters and the voluntary recruitment method, generalization to other populations might be limited.<sup>34</sup> Moreover, because the IES-R is not a diagnostic tool, a valid PTSD prevalence rate could not be assessed in the current study. Future studies could benefit from a clinically assessed PTSD diagnosis. Limitations based on the use of translated versions of questionnaires and self-developed questionnaire items in an interpreter-aided interview setting should be considered when interpreting these results. However, because participants' answers were given verbally in Kurdish and were translated afterward, errors in data collection attributable to interpreters' spontaneous translation in the interview should be limited. Nevertheless, a bias in answers attributable to social desirability in the interview setting cannot be fully ruled out.

## Conclusions

The current study is unique because it depicts the longitudinal course of PTSD in a homogeneous sample in a setting in which postmigration stressors are limited and mental health services are available. Findings suggest that female refugee survivors of captivity are at high risk for severe and chronic PTSD beyond the initial resettlement period. The results also suggest that specifically assessing and targeting symptoms of intrusion while simultaneously fostering self-efficacy, faith, and social support may be promising strategies for similar samples in psychotherapy, as community-based interventions, and/or as scalable interventions for a global use. These strategies should be further investigated in future longitudinal studies.

## ARTICLE INFORMATION

**Accepted for Publication:** March 30, 2021.

**Published:** May 28, 2021. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11120

**Open Access:** This is an open access article distributed under the terms of the [CC-BY License](#). © 2021 Denkinger JK et al. *JAMA Network Open*.

**Corresponding Author:** Jana Katharina Denkinger, MSc, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Tübingen, Osianderstraße 5, 72072 Tübingen, Germany ([jana.denkinger@med.uni-tuebingen.de](mailto:jana.denkinger@med.uni-tuebingen.de)).

**Author Affiliations:** Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Tübingen, Tübingen, Germany (Denkinger, Rometsch, Engelhardt, Windthorst, Graf, Zipfel, Junne); Alice Salomon University Berlin, University of Applied Science, Berlin, Germany (Engelhardt); Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Hospital Havelhöhe, Berlin, Germany (Windthorst); Harvard Humanitarian Initiative, Harvard University, Cambridge, Massachusetts (Pham, Gibbons); Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Magdeburg, Otto von Guericke University, Magdeburg, Germany (Junne).

**Author Contributions:** Ms Denkinger and Dr Junne had full access to all the data in the study and take responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

**Concept and design:** Denkinger, Rometsch, Windthorst, Graf, Pham, Gibbons, Zipfel, Junne.

**Acquisition, analysis, or interpretation of data:** Denkinger, Rometsch, Engelhardt, Graf, Pham, Gibbons, Junne.

**Drafting of the manuscript:** Denkinger, Rometsch, Graf, Zipfel, Junne.

**Critical revision of the manuscript for important intellectual content:** All authors.

**Statistical analysis:** Denkinger, Rometsch, Graf, Junne.

**Obtained funding:** Rometsch, Pham, Junne.

**Administrative, technical, or material support:** Denkinger, Rometsch, Windthorst, Pham, Gibbons, Junne.

**Supervision:** Rometsch, Windthorst, Graf, Pham, Zipfel, Junne.

**Conflict of Interest Disclosures:** Ms Denkinger reported receiving grants from the State Ministry of Baden-Württemberg for Science, Research, and Arts and personal fees from a PhD scholarship by the Friedrich Ebert



Foundation during the conduct of the study and grants from the State Ministry of Baden-Württemberg outside the submitted work. Dr Windthorst reported receiving grants from the State Ministry of Baden-Württemberg for Science, Research, and Arts during the conduct of the study. Dr Pham reported receiving grants from the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation and the Ferrante Fund for Humanitarian Innovation at the Harvard Humanitarian Initiative during the conduct of the study. Ms Gibbons reported receiving grants from the Ferrante Fund for Humanitarian Innovation at the Harvard Humanitarian Initiative and the John D. and Catherine C. McArthur Foundation during the conduct of the study. No other disclosures were reported.

**Funding/Support:** This study was supported by the Baden-Württemberg Ministry of Science, Research, and Arts.

**Role of the Funder/Sponsor:** The funding source had no role in the design and conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript; and decision to submit the manuscript for publication.

**Additional Contributions:** Valerie Schutte, MA (University of Ottawa), provided language revision of this article. She was not compensated for her work. We thank all participants in this study. Special thanks go to our interpreters for their dedicated efforts in the data collection for this research.

## REFERENCES

1. Abas NQ. Introducing some traumas and PTSD among Yazidi female survivors from ISIS army. *J Garmian Univ*. 2017;4:505-516. doi:10.24271/garmian.88
2. Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail AA, Neuner F. Trauma and perceived social rejection among Yazidi women and girls who survived enslavement and genocide. *BMC Med*. 2018;16(1):154. doi:10.1186/s12916-018-1140-5
3. Rometsch C, Denking JK, Engelhardt M, et al. Care providers' views on burden of psychosomatic symptoms of IS-traumatized female refugees participating in a Humanitarian Admission Program in Germany: a qualitative analysis. *PLoS One*. 2020;15(10):e0239969. doi:10.1371/journal.pone.0239969
4. Rometsch-Ogioun El Sount C, Denking JK, Windthorst P, et al. Psychological burden in female, Iraqi refugees who suffered extreme violence by the "Islamic State": the perspective of care providers. *Front Psychiatry*. 2018;9:562. doi:10.3389/fpsy.2018.00562
5. Hoffman YSG, Grossman ES, Shira A, et al. Complex PTSD and its correlates amongst female Yazidi victims of sexual slavery living in post-ISIS camps. *World Psychiatry*. 2018;17(1):112-113. doi:10.1002/wps.20475
6. Richa S, Herdane M, Dwaf A, et al. Trauma exposure and PTSD prevalence among Yazidi, Christian and Muslim asylum seekers and refugees displaced to Iraqi Kurdistan. *PLoS One*. 2020;15(6):e0233681. doi:10.1371/journal.pone.0233681
7. Tekin A, Karadağ H, Süleymanoğlu M, et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:28556. doi:10.3402/ejpt.v7.28556
8. Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, et al. Psychiatric consequences of "ethnic cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry*. 1995;152(4):536-542. doi:10.1176/ajp.152.4.536
9. Schaal S, Elbert T. Ten years after the genocide: trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *J Trauma Stress*. 2006;19(1):95-105. doi:10.1002/jts.20104
10. Rugema L, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Traumatic episodes and mental health effects in young men and women in Rwanda, 17 years after the genocide. *BMJ Open*. 2015;5(6):e006778. doi:10.1136/bmjopen-2014-006778
11. Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V, von Knorring AL. Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9(4):235-243. doi:10.1007/s007870070026
12. Dworkin J, Prescott M, Jamal R, Hardawan SA, Abdullah A, Galea S. The long-term psychosocial impact of a surprise chemical weapons attack on civilians in Halabja, Iraqi Kurdistan. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(10):772-775. doi:10.1097/NMD.0b013e3181878b69
13. Umubyeyi A, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population based study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):315. doi:10.1186/s12888-014-0315-7
14. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337. doi:10.1371/journal.pmed.1003337
15. Ruby Reid-Cunningham A. Rape as a weapon of genocide. *Genocide Studies and Prevention*. 2008;3(3):279-296. doi:10.3138/gsp.3.3.279

16. Gottschall J. Explaining wartime rape. *J Sex Res*. 2004;41(2):129-136. doi:[10.1080/00224490409552221](https://doi.org/10.1080/00224490409552221)
17. Kizilhan JI. PTSD of rape after IS ("Islamic State") captivity. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(5):517-524. doi:[10.1007/s00737-018-0824-3](https://doi.org/10.1007/s00737-018-0824-3)
18. Goessmann K, Ibrahim H, Neuner F. Association of war-related and gender-based violence with mental health states of Yazidi women. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2013418-e2013418. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2020.13418](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13418)
19. Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: high variability of outcomes: a systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(7):483-496. doi:[10.3109/08039488.2015.1005023](https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1005023)
20. Solomon Z, Horesh D, Ein-Dor T. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptom clusters among war veterans. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(6):837-843. doi:[10.4088/JCP.08m04347](https://doi.org/10.4088/JCP.08m04347)
21. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(1):46-59. doi:[10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x)
22. Schell TL, Marshall GN, Jaycox LH. All symptoms are not created equal: the prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *J Abnorm Psychol*. 2004;113(2):189-197. doi:[10.1037/0021-843X.113.2.189](https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.189)
23. Difede J, Barocas D. Acute intrusive and avoidant PTSD symptoms as predictors of chronic PTSD following burn injury. *J Trauma Stress*. 1999;12(2):363-369. doi:[10.1023/A:1024788812393](https://doi.org/10.1023/A:1024788812393)
24. Haag C, Robinaugh DJ, Ehlers A, Kleim B. Understanding the emergence of chronic posttraumatic stress disorder through acute stress symptom networks. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(6):649-650. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2017.0788](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788)
25. Minihan S, Liddell BJ, Byrow Y, Bryant RA, Nickerson A. Patterns and predictors of posttraumatic stress disorder in refugees: a latent class analysis. *J Affect Disord*. 2018;232:252-259. doi:[10.1016/j.jad.2018.02.010](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.010)
26. Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, et al. Patterns and predictors of PTSD in treatment-seeking African refugees and asylum seekers: a latent class analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;22:20764020959095. doi:[10.1177/0020764020959095](https://doi.org/10.1177/0020764020959095)
27. Alim TN, Feder A, Graves RE, et al. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *Am J Psychiatry*. 2008;165(12):1566-1575. doi:[10.1176/appi.ajp.2008.07121939](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07121939)
28. Feder A, Ahmad S, Lee EJ, et al. Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):156-163. doi:[10.1016/j.jad.2012.10.027](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.027)
29. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med*. 1988;26(3):309-317. doi:[10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4)
30. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21(3):219-239. doi:[10.2307/2136617](https://doi.org/10.2307/2136617)
31. Hassen SH. *Investigating Sexual and Gender-Based Violence as a Weapon of War and a Tool of Genocide Against Indigenous Yazidi Women and Girls by ISIS in Iraq* Master's thesis. Oregon State University; 2016. Accessed January 13, 2021. [https://ir.library.oregonstate.edu/concern/graduate\\_thesis\\_or\\_dissertations/m613n119r](https://ir.library.oregonstate.edu/concern/graduate_thesis_or_dissertations/m613n119r)
32. Erdener E. The ways of coping with post-war trauma of Yazidi refugee women in Turkey. *Womens Studies Int Forum*. 2017;65:60-70. doi:[10.1016/j.wsif.2017.10.003](https://doi.org/10.1016/j.wsif.2017.10.003)
33. Rometsch C, Denking JK, Engelhardt M, et al. Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State" (IS). *J Psychosom Res*. 2020;130:109931. doi:[10.1016/j.jpsychores.2020.109931](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109931)
34. Pham P, Gibbons N, Denking JK, Junck F, Vinck P. Justice not forgiveness: perspectives on justice and reconciliation among Yazidi women refugees in Germany. *J Hum Rights Pract*. 2019;11(3):530-553. doi:[10.1093/jhuman/huz037](https://doi.org/10.1093/jhuman/huz037)
35. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573-577. doi:[10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010](https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010)
36. Tagay Ş, Ortaç S. *Die Eziden und das Ezidentum. Geschichte und Gegenwart Einer vom Untergang Bedrohten Religion*. Landeszentrale für Politische Bildung Hamburg; 2016. Accessed April 27, 2021. <https://www.hamburg.de/contentblob/6271994/21807c3b23c0f8e930ad75a1da7753c/data/eziden-und-ezidentum.pdf>

37. Vale G. Liberated, not free: Yazidi women after Islamic State captivity. *Small Wars and Insurgencies*. 2020;31(3):511-539. doi:10.1080/09592318.2020.1726572
38. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. They came to destroy: ISIS crimes against the Yazidis. Accessed April 17, 2018. [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/ColSyria/A\\_HRC\\_32\\_CRP.2\\_en.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/ColSyria/A_HRC_32_CRP.2_en.pdf)
39. Junne F, Denkinger JK, Kizilhan JI, Zipfel S. *Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg*. Beltz Juventa; 2019.
40. Mohammadi D. Help for Yazidi survivors of sexual violence. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):409-410. doi:10.1016/S2215-0366(16)30004-9
41. Traub L, Jagsch R, Kizilhan JI. Posttraumatische Belastungsstörung und Depression bei Yezidinnen. *Trauma Gewalt*. 2018;12(3):214-225. doi:10.21706/tg-12-3-214
42. Kizilhan JI, Friedl N, Neumann J, Traub L. Potential trauma events and the psychological consequences for Yazidi women after ISIS captivity. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):256. doi:10.1186/s12888-020-02671-4
43. Hillebrecht J, Helmes A, Bengel J. Psychological care for a high risk group of refugees: concept of care for the Yazidi women and children of the Sonderkontingent Baden-Württemberg in Freiburg. Article in German. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2018;68(3-4):137-141. doi:10.1055/s-0043-122280
44. Denkinger JK, Windthorst P, Rometsch-Ogioun El Sount C, et al. Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the "Islamic State." *Front Psychiatry*. 2018;9:234. doi:10.3389/fpsy.2018.00234
45. Windthorst P, Smolka R, Zieker J, Schneck U, Zipfel S, Junne F. Psychotherapeutische Versorgung kriegstraumatisierter Frauen aus dem Nordirak. *Trauma Gewalt*. 2018;12(3):190-201. doi:10.21706/tg-12-3-190
46. Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook*. Guilford Press; 1997.
47. Weiss DS. *The Impact of Event Scale-Revised: Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD*. Springer; 2007:219-238. doi:10.1007/978-0-387-70990-1\_10
48. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behav Res Ther*. 2003;41(12):1489-1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
49. Beck JG, Grant DM, Read JP, et al. The Impact of Event Scale-Revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *J Anxiety Disord*. 2008;22(2):187-198. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.007
50. Li L, Reinhardt JD, Van Dyke C, et al. Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among elderly survivors six months after the 2008 Wenchuan earthquake in China. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):78. doi:10.1186/s12888-020-2474-z
51. Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6(1):27414. doi:10.3402/ejpt.v6.27414
52. Henkelmann JR, de Best S, Deckers C, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e68. doi:10.1192/bjo.2020.54
53. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(5):602-612. doi:10.1001/jama.294.5.602
54. Motlagh H. Impact of Event Scale-Revised. *J Physiother*. 2010;56(3):203. doi:10.1016/S1836-9553(10)70029-1
55. Galanis PA, Andreadaki E, Kleanthous E, et al. Determinants of psychological distress during the COVID-19 pandemic and the lockdown measures: a nationwide on-line survey in Greece and Cyprus. *medRxiv*. 2020; Preprint posted October 2020. doi:10.1101/2020.10.25.20219006
56. Borho A, Viazminsky A, Morawa E, Schmitt GM, Georgiadou E, Erim Y. The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):362. doi:10.1186/s12888-020-02746-2
57. Gishoma D, Brackelaire JL, Munyandamutsa N, Mujawayezu J, Mohand AA, Kayiteshonga Y. Supportive-expressive group therapy for people experiencing collective traumatic crisis during the genocide commemoration period in Rwanda: impact and implications. *J Soc Polit Psychol*. 2014;2(1):469-488. doi:10.5964/jssp.v2i1.292
58. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, et al. Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: a network analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(2):135-142. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3470

59. McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(5)(suppl 5):15-20.
60. Schauer M, Neuner F, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T. PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans. *Eur Soc Trauma Stress Studies Bull*. 2003;10(2):5-6.
61. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Confl Health*. 2014;8(1):13. doi:10.1186/1752-1505-8-13
62. Kelly JT, Betancourt TS, Mukwege D, Lipton R, Vanrooyen MJ. Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Confl Health*. 2011;5(1):25. doi:10.1186/1752-1505-5-25
63. Williams ME, Thompson SC. The use of community-based interventions in reducing morbidity from the psychological impact of conflict-related trauma among refugee populations: a systematic review of the literature. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(4):780-794. doi:10.1007/s10903-010-9417-6

**SUPPLEMENT.****eAppendix.** Questionnaire Items Developed for the Study



# Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State”

Jana K. Denkinger<sup>1\*</sup>, Petra Windthorst<sup>1</sup>, Caroline Rometsch-Ogioun El Sount<sup>1</sup>, Michael Blume<sup>2</sup>, Hes Sedik<sup>2</sup>, Jan I. Kizilhan<sup>3</sup>, Niamh Gibbons<sup>4</sup>, Phuong Pham<sup>4</sup>, Jennifer Hillebrecht<sup>5</sup>, Nora Ateia<sup>6</sup>, Christoph Nikendei<sup>7</sup>, Stephan Zipfel<sup>1</sup> and Florian Junne<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Tübingen, Tübingen, Germany,

<sup>2</sup> Department of Non-Christian Religions, Values, Minorities and Northern Iraq Projects, Ministry of State of

Baden-Württemberg, Stuttgart, Germany, <sup>3</sup> Department of Mental Health and Addiction, Baden-Württemberg Cooperative

State University Villingen-Schwenningen, Villingen-Schwenningen, Germany, <sup>4</sup> Harvard Humanitarian Initiative, Harvard

University, Cambridge, MA, United States, <sup>5</sup> Rehabilitation Psychology and Psychotherapy, Department of Psychology,

University of Freiburg, Freiburg, Germany, <sup>6</sup> Department of Child and Adolescence Psychiatry and Psychotherapy, University

Hospital Tübingen, Tübingen, Germany, <sup>7</sup> Department of General Internal Medicine and Psychosomatics, University Hospital

Heidelberg, Heidelberg, Germany

## OPEN ACCESS

### Edited by:

Christina Maria Van Der Feltz-Cornelis,  
Tilburg University, Netherlands

### Reviewed by:

Christina Papachristou,

Charité Universitätsmedizin Berlin,  
Germany

Alejandro Magallares,

Universidad Nacional de Educación a  
Distancia (UNED), Spain

### \*Correspondence:

Jana K. Denkinger

jana.denkinger@med.uni-tuebingen.de

### Specialty section:

This article was submitted to

Psychosomatic Medicine,

a section of the journal

Frontiers in Psychiatry

**Received:** 16 March 2018

**Accepted:** 15 May 2018

**Published:** 05 June 2018

### Citation:

Denkinger JK, Windthorst P,

Rometsch-Ogioun El Sount C,

Blume M, Sedik H, Kizilhan JI,

Gibbons N, Pham P, Hillebrecht J,

Ateia N, Nikendei C, Zipfel S and

Junne F (2018) Secondary

Traumatization in Caregivers Working

With Women and Children Who

Suffered Extreme Violence by the

“Islamic State”.

Front. Psychiatry 9:234.

doi: 10.3389/fpsy.2018.00234

**Introduction:** Refugees fleeing persecution, torture, or sexual violence are at high risk of developing both acute and chronic psychological disorders. Systematic violence, as committed against the Yazidi minority in Northern Iraq by the terror organization known as the Islamic State (IS), can be seen as a particularly traumatic burden to the victims, but also to caregivers providing treatments and assistance to them. The intense exposure to traumatic content may cause secondary traumatization in respective caregivers. This study aims (1) to identify the prevalence of secondary traumatization in caregivers working with traumatized women and children from Northern Iraq; (2) to determine the specific distressing factors and resources of the caregivers; as well as (3) to analyze whether caregivers’ personal history of trauma or flight, attachment styles, working arrangements as well as support offers qualify as risk or resilience factors for secondary traumatization.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study,  $N = 84$  caregivers (social workers, psychotherapists/physicians, and interpreters) in the context of a Humanitarian Admission Program (HAP) for women and children traumatized by the so called IS were investigated about their work-related burdens and resources. Secondary traumatization was assessed with the Questionnaire for Secondary Traumatization (FST). To identify relevant determinants for secondary traumatization multiple linear regression analyses were performed.

**Results:** Secondary traumatization was present in 22.9% of the participating caregivers, with 8.6% showing a severe symptom load. A personal history of traumatic experiences, a personal history of flight, a higher number of hours per week working in direct contact with refugees as well as a preoccupied attachment style were detected as risk factors for

secondary traumatization. A secure attachment style could be identified as a resilience factor for secondary traumatization.

**Discussion:** Caregivers working with traumatized refugees are at high risk of developing secondary traumatization. Based on the findings of this study and theoretical considerations, a framework of classification for different types of trauma-associated psychological burdens of caregivers working with traumatized refugees is proposed. Implications for the training and supervision of professionals in refugee- and trauma-care are discussed.

**Keywords:** secondary traumatization, refugees, caregiver, trauma, resilience, attachment style, genocide, Yazidi

## INTRODUCTION

In 2017, the UN Refugee Agency (UNHCR) registered an unprecedented number of 65.6 million forcibly displaced people worldwide. Among them, 22.5 million people are classified as refugees, defined as people who have been forced to flee their home country because of persecution, war, or violence (1). Germany received 222,683 applications for asylum in 2017, out of which 198,317 were first-time applications (2). In 2016, Germany registered the highest number of asylum applications in the last decade: 722,370 first-time applications for asylum in Germany. In both years, around half of refugees trace their origin to one of three countries: Syria, Afghanistan, or Iraq (2).

Although the prevalence rates of mental disorders in refugees worldwide varies widely among different studies, a large meta-analytic review recently identified prevalence rates of 30.6% for post-traumatic stress disorder (PTSD) and rates of 30.8% for depressive disorder among refugees (3, 4). In this context and in general, man-made traumas such as torture and especially sexual violence are a strong predictor for developing PTSD (5, 6) and comorbid depression (7).

Religious minorities from Northern Iraq, such as the Yazidis, are heavily burdened victims of man-made traumas due to the extreme violence and terror of the so-called Islamic State (IS). The jihadist terror organization is also known as the Islamic State in Iraq and Syria (ISIS), the Islamic State in Iraq and the Levant (ISIL), or as Daesh, the acronym of the group's previous Arabic name. In August 2014, IS attacked and subjugated the Yazidis and other religious minorities in the area of Mount Sinjar in Nineveh governorate, Iraq. In a retrospective household survey, it was estimated that 2.5% of the Yazidi population was either killed or kidnapped during these attacks (8). Men, women, and children were exposed to extremely brutal violence including forced religious conversion, enslavement, extreme torture, and execution. Furthermore, women and girls were exposed to systematic sexual violence by IS-fighters whereas boys were trained to become child soldiers (8, 9). Approximately half of the victims who were able to flee from IS show full syndrome of PTSD [42.9%, (10)]. Furthermore, 39.5% of these victims suffer from major depression (10). In the population of IS-victims, women are more likely than men to suffer from PTSD and major depression (10). The United Nations declared the crimes against the Yazidis as an ongoing genocide (11).

The efficacy of trauma-specific treatments for refugees in Germany is documented and its importance is well-grounded (12, 13). Nevertheless, caregivers working with traumatized refugees are confronted with multiple challenges and burdens in their everyday work. Due to their close contact with their clients, caregivers are frequently exposed to details of extremely traumatic events (14). The repeated exposure to their clients' traumatic memories can lead to the transference of typical trauma symptoms such as hyperarousal, avoidance, and intrusions to the caregivers even if they were never exposed to the traumatic events themselves (15). This phenomenon is called secondary traumatization and can be identified in various helping professions including social workers and trauma therapists (16–18). In addition, Kindermann et al. recently reported that 21% of interpreters working with refugees suffered from secondary traumatization (19). The general prevalence rates of secondary traumatization in caregivers illustrate the need for research on risk and resilience factors of secondary traumatization especially in professionals working with highly traumatized patients. With regards to specific predictors of secondary traumatization, one factor that has been controversially discussed in the previous literature is a personal trauma history of the caregiver (20–22). In the context of refugee-care, especially an own history of flight could be particularly relevant. Another factor commonly found to be associated with secondary traumatization is the degree of exposure (23). Furthermore, there is some evidence that supervision can be protective to harmful changes in professionals' views of themselves, others, and the world, as a result of exposure to traumatic details of their client's history (24). Moreover, peer-to-peer consultation (intervision) is often recommended when working with trauma-patients to prevent work related stress (25).

Previous studies found an association between attachment styles and vulnerability for mental disorders, inter alia PTSD (26). Attachment theorists propose that early childhood experiences lead adults to exhibit distinct attachment patterns which can be characterized as secure or insecure attachment styles. Insecure attachment can be divided into preoccupied, fearful, or dismissing attachment styles (27). Several studies indicate that a secure attachment style may have a protective effect on the development of PTSD whereas insecure attachment styles are associated with higher levels of PTSD symptoms (26, 28).



So far, there has been preliminary evidence that attachment styles may also have an impact on secondary traumatization (19, 29). In a survey with interpreters, Kindermann et al. found that a dismissing attachment style serves as a risk factor and a secure as well as a preoccupied attachment style qualify as resilience factors for secondary traumatization (19).

However, there is little research about the burden of secondary traumatization and the relevance of different risk and resilience factors in caregivers so far. To our knowledge, data on secondary traumatization in professionals working specifically with IS-victims who have suffered extreme mental and physical torture and the most brutal forms of sexual violence are also missing. Such extreme trauma contents may pose an increased risk for secondary traumatization in caregivers.

This is the first study to investigate the prevalence and determinants of secondary traumatization in caregivers as well as distressing factors, resources, and needs in their everyday work with IS-traumatized refugees. The aims of this study are to (1) identify the prevalence of secondary traumatization in caregivers working with IS-traumatized refugees, (2) to analyze the caregivers' specific distressing factors and resources and (3) to determine risk and resilience factors of secondary traumatization in caregivers by testing the hypothesis that supervision, intervision, secure, and preoccupied attachment styles serve as resilience factors of secondary traumatization whereas an own trauma history, own experiences of flight, more hours per week of direct contact with refugees as well as fearful and dismissing attachment styles serve as risk factors for secondary traumatization.

## METHODS

### Study Design and Ethical Considerations

This cross-sectional study used validated quantitative psychometric survey instruments as well as self-developed quantitative questionnaire-items. The study was approved by the ethics board of the Medical University of Tübingen (ethics application No. 189/2017BO2).

### Baden-Württemberg Humanitarian Admission Program

To ensure a safe environment and adequate medical and psychological treatment to the survivors of the Yazidi genocide from 2014, the Ministry of State of Baden-Württemberg, Germany, implemented a Special Quota Project known as the Baden-Württemberg Humanitarian Admission Program (HAP). In 2015/2016, the HAP offered 1,100 especially vulnerable women and children who survived IS-violence the opportunity to migrate to Germany and receive medical and psychological treatment as well as housing and education with the aim of enabling long-term integration into the German society (30–32). The women and children of the HAP are now living in 22 districts in Germany, where an interprofessional team of caregivers including social workers, psychotherapists, doctors, and interpreters is involved in the provision of specialized and target-group adjusted services (31). Currently, Germany has

the largest Yazidi diaspora worldwide with a strong sense of community identification (33).

## Sample

Initially all registered caregivers of the HAP were invited to a HAP-networking meeting. With the invitation, the caregivers received the study information and were invited to participate. At the networking meeting on April, 27, 2017, all interested caregivers answered the below described questionnaires before the program of the networking meeting started (to avoid contamination and cross-influence of participants). Participation was voluntary, pseudonymized, and conducted in German language.

Out of 132 registered caregivers of the HAP,  $N = 96$  participants took part in the study (response rate = 72.7%). Since secondary traumatization is only relevant for caregivers working in direct contact with traumatized patients, we excluded 12 participants who were exclusively working administratively in the project. In the end, a final sample of 84 caregivers was included in the analysis. Sociodemographic characteristics of the sample are depicted in **Table 1**.

## Survey Instruments

Sociodemographic data and context characteristics regarding the work in the HAP were assessed via self-developed questionnaire

**TABLE 1 |** Sample description of participating caregivers of the Baden-Württemberg Humanitarian Admission Program ( $N = 84$ ).

	<i>M (SD, range)</i>
Age (years)	44.0 (13.0, 23–66)
Work experience (months)	
in the HAP	16.3 (6.7, 1–26)
with traumatized patients	72.1 (93.7, 1–360)
<b>N (%)</b>	
<b>Gender</b>	
Female	78 (94.0)
Male	5 (6.0)
<b>Profession</b>	
Social workers	50 (59.5)
Interpreters	11 (13.1)
Health care professionals (psychologists, psychotherapists, physicians)	10 (11.9)
Creative therapists	6 (7.1)
Administrators with direct contact to beneficiaries	4 (4.8)
Others	3 (3.6)
Further qualifications for working with refugees	36 (45.0)
Trauma relevant qualification	16 (19.0)
<b>Voluntary/professional basis</b>	
Professional	73 (88.0)
Voluntary (within own profession)	2 (2.4)
Voluntary (outside of own profession)	8 (9.6)
<b>Organization of help offers</b>	
Working with children	11 (13.4)
Working with adults	6 (7.3)
Working with adults and children	65 (79.3)

items. In addition, we asked the caregivers if they have experienced traumatic situations (e.g., violence, accidents) themselves and if they had a personal flight history due to war or conflicts. Furthermore, two standardized scales were adapted to assess secondary traumatization and attachment styles and two self-developed item sets were used to capture distressing factors and resources of the caregivers.

The professional lifetime version of the Questionnaire of Secondary Traumatization [FST; (17, 34)] was used to assess the severity of secondary traumatization. We chose the professional lifetime version of the FST over the acute version to capture secondary traumatization during the most stressful time period in the HAP. Expert-interviews we conducted with HAP-professionals for preparing the study revealed that the time period after the women arrived were especially stressful for the caregivers. The FST consists of five subscales: "Intrusion," "avoidance," "hyperarousal," "parapsychotic sense of threat," and "PTSD-comorbidities." Participants are prompted to rate how often these symptoms occurred during the first week of the time period with the highest level of distress in the professional context in question (here: refugee care). The FST sum scores can yield sum scores from 31 to 155. Participants scoring under 65 show no signs of secondary traumatization, sum scores above 65 indicate clinical relevant symptoms of secondary traumatization. Between 65 and 82, sum scores classify moderate secondary traumatization, while scores above 82 refer to severe secondary traumatization (17). The FST shows a high internal consistency with Cronbach's  $\alpha = 0.94$  (34).

The Relationship Questionnaire (27) was used in the German Version to assess adult attachment styles. On a 7-point Likert scale, four attachment patterns (secure, dismissing, preoccupied, and fearful), defined by using a combination of a person's self-image and image of others (positive or negative), can be rated. A secure attachment style indicates positive internal models of the self and others. High scores on the dismissing attachment style represent a positive evaluation of the self and a negative disposition toward other people. A preoccupied attachment style corresponds to a negative model of the self and a positive model of others. Scoring high on the fearful subscale refers to negative models of the self and others. An international, large-scaled study could identify the following mean values (35): Secure:  $M = 4.3$  ( $SD = 1.7$ ), dismissing:  $M = 3.7$  ( $SD = 1.8$ ), preoccupied:  $M = 3.4$  ( $SD = 1.9$ ), and fearful:  $M = 3.5$  ( $SD = 2.0$ ).

Since the distressing factors and resources of the HAP-caregivers are highly context specific, two self-constructed 7-point Likert scaled item sets were applied. We asked the participants to rate from 1 (very low) to 7 (very high) how burdened/supported they feel due to the distressing/helpful factors depicted in **Tables 2, 3**. The item set measuring distressing factors consisted of 16 items with a high internal consistency of Cronbach's  $\alpha = 0.86$ . The nine items of the item set assessing different resources are more heterogeneous with a sufficient internal consistency of Cronbach's  $\alpha = 0.61$ . The questionnaire-items were developed by the research team consisting of psychotherapists, psychologists, and physicians and

**TABLE 2 |** Self-constructed questionnaire items assessing distressing factors of caregivers working with IS-traumatized refugees.

#### Questionnaire-Items: Distressing factors

- "Autonomy/dependency conflicts between beneficiaries and caregivers i.e., beneficiaries either show themselves as overly dependent or overly autonomous in the relationship with the caregiver"
- "Beneficiaries' contacting of offenders in Iraq"
- "Beneficiaries' decision to return to Northern Iraq"
- "Excessive expectations of beneficiaries regarding the caregivers' profession/role"
- "Pain symptoms of beneficiaries"
- "Reports on beneficiaries' traumatic experiences"
- "Subjective lack of appreciation from beneficiaries"
- "Witnessing the suffering of beneficiaries"
- "Cultural differences in general between beneficiaries and caregivers"
- "Different attitudes toward (physical) closeness and distance between beneficiaries and caregivers"
- "Differences in child-rearing between beneficiaries and caregivers"
- "Differences regarding gender roles between beneficiaries and caregivers"
- "Differences regarding marriages between beneficiaries and caregivers"
- "Religious differences between beneficiaries and caregivers"
- "Intermixture of private and professional aspects of the caregiver"
- "Humanitarian developments in Northern Iraq e.g., exhumations of Yazidi mass graves by the United Nations to enable certainty about the loss of dead family members or prosecution of responsible fighters"

**TABLE 3 |** Self-constructed questionnaire items assessing supportive factors of caregivers working with IS-traumatized refugees.

#### Questionnaire-Items: Supportive factors

- "Appreciation from beneficiaries"
- "Appreciation of work from society"
- "Communication with colleagues from other care centers"
- "Communication with colleagues from own care centers"
- "Supervision"
- "Support from security services"
- "Support from superiors"
- "Already acquired knowledge and competence"
- "Awareness of doing something meaningful"

piloted as well as adapted by means of expert-interviews using the think aloud method (36) with professionals (psychotherapists, social workers, and interpreters) working in the HAP context.

## Statistical Analysis

For sample description, means, percentages, and distributions are reported. For the analysis of differences in means, Mann-Whitney-U tests for independent samples were applied since the data was not normally distributed. To test correlations of determinants with the respective outcome (FST-scores), Spearman rho test was applied as a non-parametric measure. Multiple linear regression analyses were performed to assess whether determinants were associated with FST-scores. Due to the small sample size, we conducted two multiple linear regression analyses and separated the potential determinants with regards to content in terms of our hypothesis to a regression model with potential risk factors and one model with potential



resilience factors for secondary traumatization. The level of significance for all analyses was set at  $\alpha = 0.05$ . All statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics version 24 (37).

## RESULTS

### Prevalence of Secondary Traumatization

Applying the FST-diagnostic criteria, secondary traumatization was present in 22.9% of the participating caregivers at least once throughout their work as a refugee-caregiver, with 14.3% indicating a moderate secondary traumatization and 8.6% showing severe secondary traumatization (Figure 1). The mean FST-score was  $M = 52.94$  ( $SD = 16.92$ ). Conspicuously, 62.5% of interpreters show secondary traumatization. FST-scores for the whole sample and for the main professions individually are presented in Table 4.

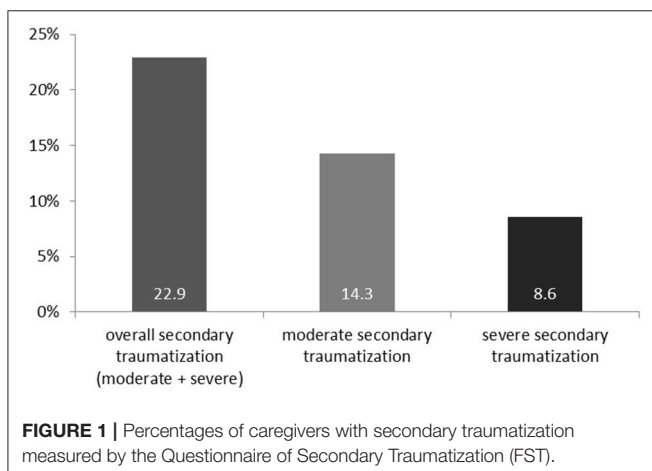
### Workload

Caregivers in the HAP work on average  $M = 17.78$  ( $SD = 14.12$ ) hours per week while they spend  $M = 11.84$  ( $SD = 10.88$ ) hours in direct contact with the beneficiaries. Furthermore, HAP-caregivers care for  $M = 19.49$  women ( $SD = 27.58$ ) and  $M = 23.19$  ( $SD = 24.16$ ) children.

### Personal Trauma and Flight History of Caregivers

A personal trauma-history was reported by 24.1% of caregivers. Examining each profession individually, 40.0% of all participating creative therapists, 27.3% of interpreters, 23.4% of social workers, and 22.2% of health care professionals (psychologists, psychotherapists, and physicians) had experienced at least one traumatic event in their life.

A personal history of flight was reported by 7.6% of caregivers. More precisely, almost half of the interpreters (45.5%) and 10.0% of health care professionals reported a personal history of flight.



### Attachment Styles (RQ)

With a mean of  $M = 5.77$  ( $SD = 1.03$ ) a secure attachment style is predominant in HAP-caregivers. The ratings to each attachment style are presented in Table 5.

### Burdens of Caregivers

Based on the list of the self-developed questionnaire-items regarding distressing factors in the HAP, the caregivers rated “witnessing the suffering of beneficiaries” ( $M = 4.67$ ,  $SD = 1.44$ ), “differences in child-rearing” ( $M = 4.53$ ,  $SD = 1.73$ ), and “humanitarian developments in Northern Iraq” ( $M = 4.44$ ,  $SD = 1.78$ ) as the most distressing factors in their work (Figure 2).

### Resources of Caregivers

The caregivers considered “communication with colleagues from own care center” ( $M = 5.67$ ,  $SD = 1.71$ ), “awareness of doing something meaningful” ( $M = 5.64$ ,  $SD = 1.25$ ), and the “already

**TABLE 4 |** Secondary traumatization of caregivers working with IS-traumatized refugees in categories for the whole sample and the three main professions individually.

FST-categories	N (%)
<b>WHOLE SAMPLE (N = 70)</b>	
No ST	54 (77.1)
Moderate ST	10 (14.3)
Severe ST	6 (8.6)
<b>SOCIAL WORKERS (N = 42)</b>	
No ST	34 (81.0)
Moderate ST	6 (14.3)
Severe ST	2 (4.8)
<b>HEALTH CARE PROFESSIONALS (N = 9)</b>	
No ST	8 (88.9)
Moderate ST	1 (11.1)
Severe ST	0 (0)
<b>INTERPRETERS (N = 8)</b>	
No ST	3 (37.5)
Moderate ST	1 (12.5)
Severe ST	4 (50.0)

ST, secondary traumatization; FST, Questionnaire for Secondary Traumatization.

**TABLE 5 |** Attachment styles of the caregivers of the Baden-Württemberg Humanitarian Admission Program.

Attachment styles	M	SD	Min	Max
Secure attachment style	5.77	1.03	3	7
Dismissing attachment style	3.81	1.73	1	7
Preoccupied attachment style	2.05	1.29	1	7
Fearful attachment style	1.94	1.17	1	6

Relationship Questionnaire Ratings are defined from 1 (“doesn’t describe me”) to 7 (“very accurately describes me”).

acquired knowledge and competence” ( $M = 5.59, SD = 1.24$ ) as the most helpful work-related resources (Figure 3).

### Perceived Need for Supervision

While 64.1% of the caregivers stated that they had the opportunity for supervision and 61.5% for intervision, 71.6% of the participating caregivers rated their need for supervision as “rather high” to “very high” ( $M = 5.04, SD = 1.68$ ) on a scale from 1 = “very low” to 7 = “very high.” The wish for case-related supervision was “rather high” to “very high” in 82.6% of caregivers ( $M = 5.51, SD = 1.45$ ), whereas 57.6% wished for supervision related to their personal burdens in a “rather high” to “very high” way ( $M = 4.7, SD = 1.87$ ). Specifically, 40.1%

of caregivers rated their wish to have individual supervision as “rather high” to “very high” ( $M = 4.04, SD = 1.89$ ) and 67.5% rated their wish for group supervision as “rather high” to “very high” ( $M = 4.90, SD = 1.89$ ).

### Associations With Secondary Traumatization

Caregivers with own traumatic experiences (Median = 56.0) showed significantly stronger symptoms of secondary traumatization than caregivers without own experiences of trauma (Median = 50.0),  $U = 240.5, p = 0.008$ . However, no significant differences in severity of secondary traumatization emerged between caregivers with and without intervision,

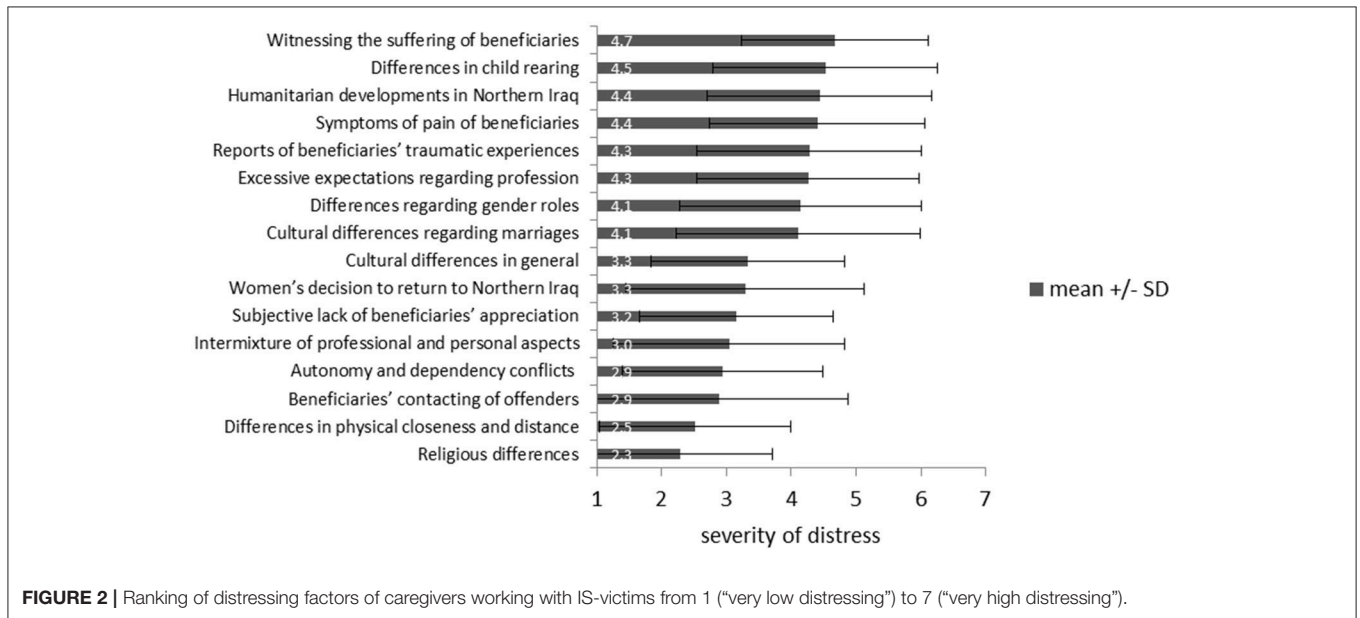


FIGURE 2 | Ranking of distressing factors of caregivers working with IS-victims from 1 (“very low distressing”) to 7 (“very high distressing”).

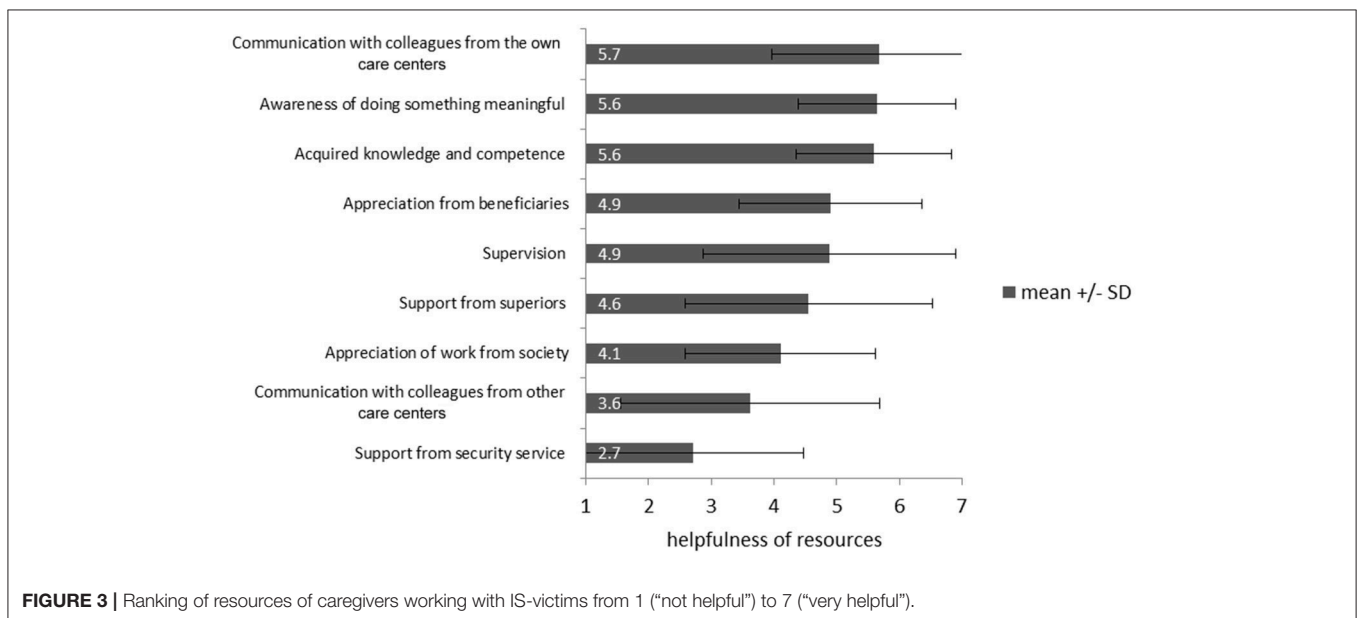


FIGURE 3 | Ranking of resources of caregivers working with IS-victims from 1 (“not helpful”) to 7 (“very helpful”).



**TABLE 7** | Linear regression model for potential risk factors for secondary traumatization in caregivers.

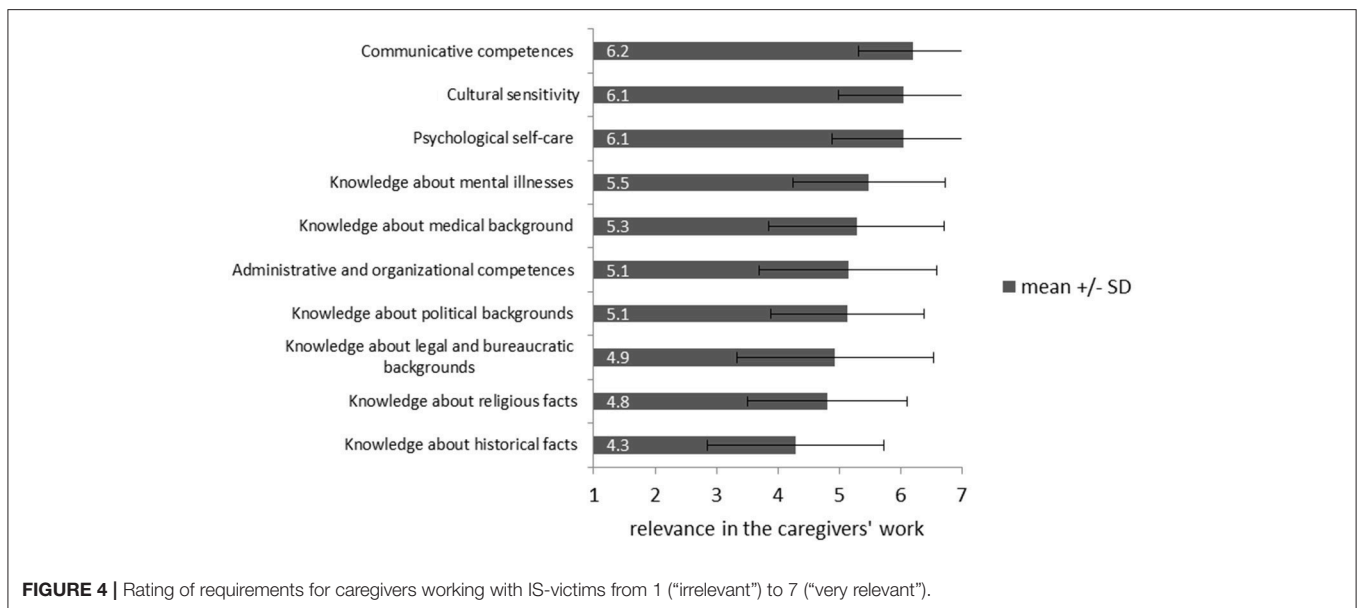
Variables	N	b (95% CI)	SE b	$\beta$	p	Tolerance
Constant		36.38 (25.93, 46.83)	5.22		0.000***	
Personal history of traumatic experiences	63	11.44 (2.64, 20.24)	4.40	0.305	0.012*	0.916
Personal history of flight	63	21.71 (6.57, 36.86)	7.56	0.331	0.006**	0.944
Hours per week working in direct contact with beneficiaries	63	0.45 (0.11, 0.79)	0.17	0.311	0.012*	0.882
Dismissing attachment style	63	0.35 (-1.86, 2.56)	1.10	0.038	0.754	0.861
Fearful attachment style	63	2.71 (-0.36, 5.78)	1.53	0.208	0.083	0.905

$R^2 = 0.285$ , Adjusted  $R^2 = 0.222$ ,  $\beta$  = standardized beta, \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ .

**TABLE 8** | Linear regression model for potential resilience factors for secondary traumatization in caregivers.

	N	b (95% CI)	SE b	$\beta$	P	Tolerance
Constant		70.28 (46.55, 94.01)	11.87		0.000***	
Secure attachment style	65	-4.33 (-8.10, -0.56)	1.89	-0.274	0.025*	0.975
Preoccupied attachment style	65	3.22 (0.35, 6.09)	1.44	0.273	0.028*	0.936
Supervision	65	0.54 (-7.52, 8.60)	4.03	0.016	0.893	0.937
Intervision	65	0.33 (-7.59, 8.25)	3.96	0.010	0.933	0.942

$R^2 = 0.166$ , Adjusted  $R^2 = 0.111$ ,  $\beta$  = standardized beta, \* $p < 0.05$ , \*\*\* $p < 0.001$ .

**FIGURE 4** | Rating of requirements for caregivers working with IS-victims from 1 ("irrelevant") to 7 ("very relevant").

(physical, mental, and sexual violence) while in the captivity of a radical terror organization can lead to trauma-specific symptoms at caregivers' side. In 22.9% of the caregivers secondary traumatization as defined by the Questionnaire of Secondary Traumatization was present at least once throughout their work in refugee-care, with 8.6% of participants indicating severe secondary traumatization. Since these professional lifetime prevalence rates occurred during a short time period of an average of 16.3 months, they demonstrate a substantial mental health risk to caregivers working with traumatized refugees. This is an important finding since secondary traumatization not only affects the well-being of the caregiver but may also impact the

care they are providing. Disrupted alliances between caregivers and clients, violations of professional boundaries, or inadequate reactions to the client's trauma could be the consequence (40).

FST-scores found in this study are comparable to those of interpreters working in common refugee-care (19) and even almost as high as the professional lifetime-prevalence of secondary traumatization in trauma-therapists (17, 18). Clinicians with higher levels of exposure to victims of sexual violence are statistically more likely to exhibit trauma symptoms themselves (41). Since the beneficiaries of the HAP were especially selected for the program due to their extremely traumatic experiences in IS-captivity, where sexual violence was

used as a weapon of war (30), HAP-caregivers are working in a context which puts them at high risk for developing secondary traumatization. This corresponds with the presented data.

## Distressing Factors of Caregivers

As the most important distressing factors for caregivers this study detected witnessing the suffering of the refugees by the caregivers, cultural differences in child-rearing between the refugees and the caregivers and the current humanitarian developments in Northern Iraq. These main distressing factors show how diverse the requirements for refugee-caregivers are. In their everyday work, they are not only confronted with highly traumatized clients but also with cultural differences and ongoing humanitarian catastrophes in the home countries.

Associated with secondary traumatization in caregivers is their psychological stress resulting from witnessing the refugees suffer, from the reports of the traumatic experiences of the beneficiaries and from witnessing beneficiaries contacting their offenders in Northern Iraq. Furthermore, stress resulting from the intermixture of private and professional aspects, from excessive expectations of beneficiaries regarding the caregivers' profession or role and from autonomy/dependency conflicts between caregivers and beneficiaries correlates with secondary traumatization. Regarding cultural differences, only stress due to differences in gender roles is associated with secondary traumatization. Concrete implications of these results are summarized in **Figure 6**.

As a main finding of this study, a personal history of traumatic experiences could be identified as a risk factor for secondary traumatization. In former studies, it has been shown that previous experience of significant stressors increases current levels of distress, beyond that which is accounted for by present stressors (42). This study not only supports this finding but widens it by applying it to symptoms of secondary traumatization, suggesting that a personal trauma history makes caregivers more vulnerable to the trauma stories of others. These results are consistent with other studies finding an association between personal history of trauma and secondary traumatization (19, 20, 43, 44). However, it has been suggested that being exposed to details of a patient's trauma might trigger one's own similar traumatic experiences. If this is the case, then the occurring symptoms could be due to the primary traumatization rather than symptoms of secondary traumatization (23, 45, 46). It has also been critically discussed whether the association between own trauma experience and secondary traumatization is due to a lack of construct validity of instruments which can lead to a lack of distinction between actual PTSD, reactivation of PTSD-symptoms, and secondary traumatization (45, 46). However, unlike many former studies that used common PTSD-questionnaires to assess secondary traumatization, this study avoided this critique by using a reliable and valid secondary traumatization questionnaire with good internal consistencies. The FST was specifically designed and evaluated for measuring trauma symptoms that are uniquely associated with the client's and not the caregivers personal traumatic experience (17, 34). Therefore, the present study aimed to measure distinct secondary traumatization load

differentiated from actual PTSD-symptoms in caregivers or a reactivation of former PTSD-symptoms. Furthermore, this study found that caregivers with own trauma histories show more secondary traumatization than caregivers without own trauma histories. These findings argue for another differentiation between common secondary traumatization and secondary traumatization aggravated by own trauma experiences. Based on theoretical considerations and the findings of this study, four categories of trauma-associated psychological burdens and their practical implications can be hypothesized (**Figure 5**). In further studies, the kinds of trauma caregivers have already experienced themselves should be assessed further to test if the exact type of trauma influences the vulnerability for secondary traumatization.

In the study sample, one-third of the caregivers (24.1%) already experienced at least one traumatic event in their lives themselves. This lifetime-prevalence rate is comparable to the rate of 23.8% for traumatic experiences found in the general population in Germany (47). Nevertheless, there are also references that people working in refugee-care are even more likely to have experienced a traumatic event themselves than the general population (48). Therefore, an own trauma history is a highly relevant risk factor for secondary traumatization in refugee-caregivers.

More specifically, this study identified an own history of flight as a relevant risk factor for secondary traumatization in refugee-caregivers. In this case, the caregiver's personal experiences show similarities to the refugees' life stories. In qualitative interviews, trauma therapists already noticed that similarities to their own life could be the reason for a lack of necessary professional distance which could lead to secondary traumatization (17). The findings of this study seem to support this assumption. Since interpreters often come from migrant or refugee families, this might be one explanation for the high percentage of interpreters suffering from secondary traumatization.

The results of this study also show that a high frequency and duration of direct contact with refugees is another risk factor for secondary traumatization. This finding is in line with other studies where caregivers with more exposure to traumatized patients reported higher levels of post-traumatic stress symptoms (15, 41, 49, 50). In addition, the number of children the caregivers worked with correlated significantly and positively with FST-scores whereas the number of women cared for was not significantly associated with secondary traumatization. This finding indicates a difference between the work with IS-traumatized children and the work with IS-traumatized women regarding secondary traumatization. Hence, future studies comparing secondary traumatization in caregivers exclusively working with children compared to adult settings could be beneficial.

A preoccupied attachment style, characterized by an over-involvement in close relationships in combination with a low self-esteem, can also increase the risk for secondary traumatization. Since Kindermann et al. identified a preoccupied attachment style as a resilience factor for secondary traumatization in interpreters working in refugee-care (19), we hypothesized the same for this study sample. However, as the results show, a preoccupied attachment style does not only fail to prevent



<b>Secondary Traumatization</b>	<p><b>Proposed Definition:</b> Post traumatic stress symptoms in caregivers due to the exposition to a patient's trauma content with the absence of an own trauma history of the caregiver.</p> <p><b>Relevance:</b> Caregivers working with traumatized refugees are at risk for developing secondary traumatization.</p> <p><b>Potential Consequences:</b> Focus on patient's trauma content and its effect on the caregiver; may be addressed in individual supervision and in group supervision within the professional context to create a supportive cooperative network in the caregiver-team. In case of prolonged or severe symptom load additional individual trauma-therapy can be recommended.</p>
<b>Complex Secondary Traumatization</b>	<p><b>Proposed Definition:</b> Post traumatic stress symptoms due to the exposition to the patient's trauma content; complicated/aggravated by trauma experiences or mental health comorbidities of caregivers. With regards to intrusions/flashbacks a caregiver predominantly experiences trauma content of patients.</p> <p><b>Relevance:</b> The present study identifies an own history of trauma or flight as risk factors for secondary traumatization.</p> <p><b>Potential Consequences:</b> Focus on the patient's and on the caregiver's trauma history. Supervision within the professional context may be supportive but not sufficient: Individual trauma-therapy should be recommended.</p>
<b>Reactivation of primary PTSD</b>	<p><b>Proposed Definition:</b> Former primary PTSD is reactivated after a symptom free interval triggered by the patient's trauma content. With regards to intrusions and flashbacks a caregiver predominantly experiences own trauma content.</p> <p><b>Relevance:</b> Relevant for caregivers with previous (similar) trauma qualifying experiences.</p> <p><b>Potential Consequences:</b> Focus on the caregiver's trauma experiences and on similarities in the caregiver's and the patient's trauma; best addressed in an individual trauma therapy. Supervisors should be attentive for caregivers with own trauma history. Caregivers should seek individual trauma-therapy outside the professional context.</p>
<b>Primary PTSD</b>	<p><b>Proposed Definition:</b> Post traumatic stress symptoms are due to own trauma experiences defined by ICD-10/DSM-5 and are independent of the patient's trauma content. Current PTSD of caregivers may adversely be affected by exposition to trauma content of refugees.</p> <p><b>Relevance:</b> One third of refugee-caregivers in the present study had a trauma history themselves.</p> <p><b>Potential Consequences:</b> Caregivers should be screened for acute PTSD before working with traumatized patients. It can not be recommended to work as a trauma-caregiver with acute PTSD. An individual trauma therapy with a focus on the caregiver's trauma should take place first.</p>

**FIGURE 5 |** Proposed classification of trauma-associated psychological burdens of caregivers working with traumatized refugees.

secondary traumatization in refugee-caregivers, but qualifies as a potential risk factor for secondary traumatization. In contrast, fearful and dismissing attachment styles, both characterized by a negative perception of others, did not significantly explain variance of the symptom load. These results suggest that only attachment styles based on a positive perception of others (preoccupied and secure) can serve as potential determinants of secondary traumatization.

## Resources of Caregivers

The main resources of caregivers are talking to colleagues from their care centers, the awareness of doing something meaningful, and the already acquired knowledge and competence. Considering the communication with colleagues as helpful is associated with lower secondary traumatization scores. This applies to the communication with colleagues from the same care center and from other care centers. Since there is no significant difference in secondary traumatization symptom load between caregivers with and without intervention, it is possible that the communication with colleagues supports caregivers especially in an informal, unstructured way.

As another main finding, a secure attachment style could be identified as a potential resilience factor for secondary traumatization. This finding goes in line with previous research (19) and with the detected resources in the present study such as communication with colleagues. Since caregivers with secure attachment styles, defined as being comfortable with

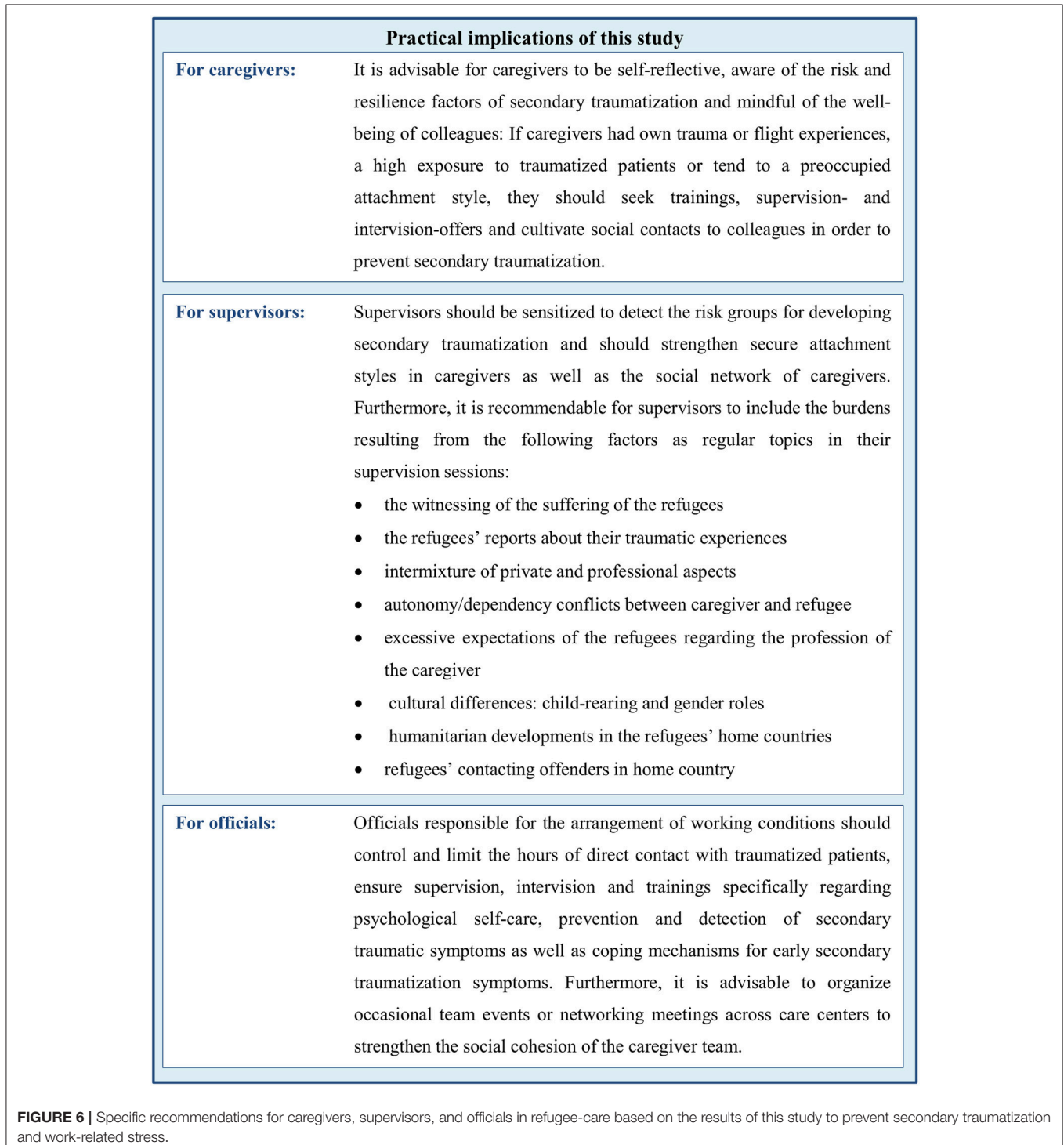
intimacy and autonomy (27), are more likely to have functioning relationships (51), the results of this study point out the importance of a reliable social network in preventing secondary traumatization, especially but not exclusively with coworkers.

Although supervision is strongly recommended in the recent literature in order to prevent secondary traumatization (52), it could not be identified as a significant resilience factor for secondary traumatization in the present study. However, 71.6% of caregivers rated their need for supervision as “rather high” to “very high” and supervision was rated as “rather helpful” on average. This finding suggests that even if the supervision received in the HAP does not significantly prevent secondary traumatization, caregivers wish for, and benefit from it to reduce the burden of work related stress. Furthermore, the primary goal of supervision is not only to prevent secondary traumatization but improve other aspects of professional well-being and indeed the quality of care delivered. Moreover, the specific effects of supervision may only be sufficiently investigated in controlled prospective fashion when quantity and quality of supervision are also considered.

Since the already acquired knowledge and competence are considered a main resource of caregivers, seminars before, during and after working in refugee-care could prevent work-related psychological strain. Although the importance of trainings for caregivers is acknowledged in recent literature (53), no significant differences in the severity of secondary traumatization emerged between caregivers with and without further relevant trainings.

The results of this study suggest a more project-orientated offer of seminars where communicative competences, cultural sensitivity, and psychological self-care are trained as important competences in the work with refugees. Such professional trainings should be developed, standardized and evaluated in

future research projects to guarantee a benefit for caregivers, especially for potentially vulnerable groups as identified in this study. For specific recommendation regarding prevention of secondary traumatization based on the results of this study see **Figure 6**.



## LIMITATIONS

This study shows several limitations: First, the small sample needs to be noted as a restriction of the present study. Moreover, since the networking meeting was a voluntarily event a selection bias due to taking part by more involved or dedicated caregivers may be present. However, it is hardly realistic to recruit larger samples of caregivers that work exclusively with IS-victims. Given the small number of HAP-caregivers in total and the high response rate in this study, the generalization of the study results for caregivers in the context of the HAP can be assumed. Second, the heterogeneity regarding different professions in the study sample with social workers as the predominant subgroup could be seen as a restricting factor for generalizing the findings for one or the other of the individual professions. For a closer look at the different professions in refugee-care and interprofessional differences regarding secondary traumatization beyond descriptive data, future research should consult larger subgroups of the relevant professions. Third, since secondary traumatization symptoms were captured retrospectively, the reported data underlies the validity-limitations of retrospective data collection. Forth, the cross-sectional study design limits the generalizability of the results and hinders inference of causal relationships. The role of the detected potential risk and resilience factors should therefore be considered as hypothetical and needs to be confirmed by longitudinal data.

## CONCLUSION

This is the first study to explore secondary traumatic symptoms, burdens and resources in caregivers working with women and children who suffered from extreme IS-violence in the form of torture, slavery, and sexual violence by using inter alia an instrument specifically designed and evaluated to detect secondary traumatization. The findings show that caregivers working in this context of refugee-care are a vulnerable group for developing secondary traumatization. The results of the present study also indicate that secondary traumatization varies by both individual characteristics such as attachment styles and personal

experiences, as well as by environmental characteristics such as the dose of exposure to traumatized patients. The results of this study have implications for the selection, training, and continuing education and organizational support of caregivers working with traumatized refugees especially when extreme forms of traumatic content such as IS-violence against women are present in the respective clients.

## ETHICS STATEMENT

This study was carried out in accordance with the recommendations of the ICH-GCP-guidelines, Declaration of Helsinki. The protocol was approved by the ethics committee of the medical faculty of the University of Tübingen and the University Hospital Tübingen named Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität und am Universitätsklinikum Tübingen. All subjects gave written informed consent in accordance with the Declaration of Helsinki.

## DATA AVAILABILITY STATEMENT

The raw data supporting the conclusions of this manuscript will be made available by the authors, without undue reservation, to any qualified researcher.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

JD, CR-O, PW, and FJ planned and conducted the study with the support of MB and HS. JD analyzed the data and wrote the manuscript with support from FJ. CN, SZ, JH, JK, NA, PP, and NG supported the study and the writing process with ideas and feedback.

## FUNDING

This study was supported by the Baden-Wuerttemberg Ministry of Science, Research and Arts.

## REFERENCES

- UN Refugee Agency. *Figures at a Glance* (2017) Available online at: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> (accessed April 17, 2018).
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. *Schlüsselzahlen Asyl 2017* (2018). Available from: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schlüsselzahlen-asyl-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schlüsselzahlen-asyl-2017.pdf?__blob=publicationFile) (accessed April 17, 2018).
- Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, et al. Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* (2016) 59:599–620. doi: 10.1007/s00103-016-2336-5
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* (2009) 302:537–49. doi: 10.1001/jama.2009.1132
- Silove D, Steel Z, McGorry P, Miles V, Drobny J. The impact of torture on post-traumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants. *Compr Psychiatry* (2002) 43:49–55. doi: 10.1053/comp.2002.29843
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol.* (2017) 8(Sup. 5):1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.1353383
- 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. doi: 10.1002/jts.22205
- Cetorelli V, Sasson I, Shabila N, Burnham G. Mortality and kidnapping estimates for the Yazidi population in the area of Mount Sinjar, Iraq, in August 2014: a retrospective household survey. *PLoS Med.* (2017) 14:e1002297. doi: 10.1371/journal.pmed.1002297

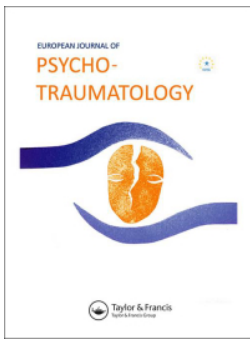


9. Adorjan K, Mulugeta S, Odenwald M, Ndeti D, Osman A, Hautzinger M, et al. Psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen in Afrika und dem nahen Osten. *Der Nervenarzt*. (2017) **88**:974–82. doi: 10.1007/s00115-017-0365-4
10. Tekin A, Karadag H, Süleymanoglu M, Tekin M, Kayran Y, Alpak G, et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *Eur J Psychotraumatol*. (2016) **7**:28556. doi: 10.3402/ejpt.v7.28556
11. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *They Came to Destroy: ISIS Crimes Against the Yazidis* (2016). Available online at: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/A\\_HRC\\_32\\_CRP.2\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/A_HRC_32_CRP.2_en.pdf) (accessed April 17, 2018).
12. Stammel N, Knaevelsrud C, Schock K, Walther LC, Wenk-Ansohn M, Böttche M. Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *Eur J Psychotraumatol*. (2017) **8**(sup2):1377552. doi: 10.1080/20008198.2017.1377552
13. Nikendei C, Greinacher A, Sack M. Therapie von Traumafolgestörungen: Gesamtbehandlungsplan, Therapieverfahren und deren Wirksamkeit. In: Borcsa M, Nikendei C, editors. *Psychotherapie Nach Flucht und Vertreibung: Eine Interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge*. Stuttgart: Thieme Verlag (2017). p. 86–100.
14. Lusk M, Terrazas S. Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispan J Behav Sci*. (2015) **37**:257–73. doi: 10.1177/0739986315578842
15. Daniels J. Sekundäre Traumatisierung. *Psychotherapeut* (2008) **53**:100–7. doi: 10.1007/s00278-008-0585-y
16. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work* (2007) **52**:63–70. doi: 10.1093/sw/52.1.63
17. Daniels J. *Sekundäre Traumatisierung: Kritische Prüfung eines Konstruktes*. Dissertation, Bielefeld University. (2006).
18. Püttker K, Thomsen T, Bockmann A-K. Sekundäre Traumatisierung bei Traumatherapeutinnen. *Z Klin Psychol Psychother*. (2015) **44**:254–65. doi: 10.1026/1616-3443/a000332
19. Kindermann D, Schmid C, Derreza-Greeven C, Huhn D, Kohl RM, Junne F, et al. Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: a cross-sectional study. *Psychopathology* (2017) **50**:262–72. doi: 10.1159/000477670
20. Bride BE, Jones JL, MacMaster SA. Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *J Evid Based Soc Work* (2007) **4**:69–80. doi: 10.1300/J394v04n03\_05
21. Figley CR. Compassion fatigue: toward a new understanding of the costs of caring. In: Stamm BH, editor. *Secondary Traumatic Stress: Self-care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. Baltimore, MD: The Sidran Press (1995). p. 3–28.
22. Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Prof Psychol Res Pract* (1995) **26**:558. doi: 10.1037/0735-7028.26.6.558
23. Lerias D, Byrne MK. Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress Health* (2003) **19**:129–38. doi: 10.1002/smi.969
24. Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: a research synthesis. *Counsell Psychol Q*. (2006) **19**:181–8. doi: 10.1080/09515070600811899
25. Pross C, Schweitzer S. The culture of organizations dealing with trauma: sources of work-related stress and conflict. *Traumatology* (2010) **16**:97. doi: 10.1177/1534765610388301
26. O'Connor M, Elklit A. Attachment styles, traumatic events, and PTSD: a cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attach Hum Dev*. (2008) **10**:59–71. doi: 10.1080/14616730701868597
27. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. (1991) **61**:226. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
28. Dieperink M, Leskela J, Thuras P, Engdahl B. Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. *Am J Orthopsychiatry* (2001) **71**:374. doi: 10.1037/0002-9432.71.3.374
29. Lahav Y, Kanat-Maymon Y, Solomon Z. Secondary traumatization and attachment among wives of former POWs: a longitudinal study. *Attach Hum Dev*. (2016) **18**:141–53. doi: 10.1080/14616734.2015.1121502
30. Mohammadi D. Help for Yazidi survivors of sexual violence. *Lancet Psychiatry* (2016) **3**:409–10. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30004-9
31. Zipfel S, Nikendei C, Junne F. Fördern, fordern und überfordern? *Psychother Psychosom Med Psychol*. (2016) **66**:263–5. doi: 10.1055/s-0042-109592
32. Kizilhan JI. Behandlung traumatisierter Frauen in Deutschland. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*. (2017) **11**:335–41. doi: 10.1007/s11757-017-0444-1
33. Tagay S, Ayhan D, Catani C, Schnyder U, Teufel M. The 2014 Yazidi genocide and its effect on Yazidi diaspora. *Lancet* (2017) **390**:1946. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32701-0
34. Weitkamp K, Daniels JK, Klases F. Psychometric properties of the questionnaire for secondary traumatization. *Eur J Psychotraumatol* (2014) **5**:21875. doi: 10.3402/ejpt.v5.21875
35. Schmitt DP, Alcalay L, Allensworth M, Allik J, Ault L, Austers I, et al. Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: are models of self and of other pancultural constructs? *J Cross Cult Psychol* (2004) **35**:367–402. doi: 10.1177/0022022104266105
36. Prüfer P, Rexroth M. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA. Mannheim: Kognitive Interviews (GESIS-How-to 15) (2005). Available online at: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-201470>
37. IBM. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24*. New York, NY: IBM Corp. (2016).
38. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers—a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. (2003) **10**:417–24. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x
39. Ochs M, Bleichhardt G, Klases J, Mößner K, Möller H, Rief W. Praktiken und erleben von supervision/intervention von psychotherapeutinnen und psychotherapeuten. *Schwerpunkt* (2012) **11**:216–223.
40. Zimering R, Munroe J, Gulliver S. Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times* (2003) **20**.
41. Brady JL, Guy JD, Poelstra PL, Brokaw BF. Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: a national survey of women psychotherapists. *Prof Psychol Res Pract* (1999) **30**:386. doi: 10.1037/0735-7028.30.4.386
42. Ensel WM, Lin N. Age, the stress process, and physical distress: the role of distal stressors. *J Aging Health* (2000) **12**:139–68. doi: 10.1177/089826430001200201
43. Dunkley J, Whelan TA. Vicarious traumatization in telephone counsellors: internal and external influences. *Br J Guid Counsell*. (2006) **34**:451–69. doi: 10.1080/03069880600942574
44. Sodeky-Gregson EA, Holttun S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatol*. (2013) **4**:21869. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21869
45. Elwood LS, Mott J, Lohr JM, Galovski TE. Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clin Psychol Rev*. (2011) **31**:25–36. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.004
46. Jurisch F, Kolassa I-T, Elbert T. Traumatisierte Therapeuten? *Z Klin Psychol Psychother*. (2009) **38**:250–61. doi: 10.1026/1616-3443.38.4.250
47. Hauffa R, Rief W, Brähler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H. Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. *J Nerv Ment Dis*. (2011) **199**:934–9. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182392c0d
48. Grimm T, Georgiadou E, Silbermann A, Junker K, Nisslbeck W, Erim Y. Psychische und kontextuelle Belastungen, motivationsfaktoren und bedürfnisse von haupt- und ehrenamtlichen flüchtlingshelfern. *Psychother Psychosom Med Psychol*. (2017) **67**:345–51. doi: 10.1055/s-0043-100096
49. Bober T, Regehr C. Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: do they work? *Brief Treat Crisis Interv*. (2006) **6**:1–9. doi: 10.1093/brief-treatment/mhj001
50. Creamer TL, Liddle BJ. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *J Traum Stress* (2005) **18**:89–96. doi: 10.1002/jts.20008

51. Kirkpatrick LA, Davis KE. Attachment style, gender, and relationship stability: a longitudinal analysis. *J Pers Soc Psychol.* (1994) **66**:502. doi: 10.1037/0022-3514.66.3.502
52. Daniels J, Manthey A, Nikendei C. Besondere Belastungen in der Psychotherapie mit Flüchtlingen. In: Borcsa M, Nikendei C, editors. *Psychotherapie Nach Flucht und Vertreibung: Eine Interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge.* Stuttgart: Thieme Verlag (2017). p. 175–181.
53. Psarros C, Malliori M, Theleritis C, Martinaki S, Bergiannaki J. Psychological support for caregivers of refugees in Greece. *Lancet* (2016) **388**:130. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30979-5

**Conflict of Interest Statement:** The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2018 Denkinger, Windthorst, Rometsch-Ogioun El Sount, Blume, Sedik, Kizilhan, Gibbons, Pham, Hillebrecht, Ateia, Nikendei, Zipfel and Junne. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.



## Addressing barriers to mental health services: evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people

J. K. Denking, C. Rometsch, K. Murray, U. Schneck, L. K. Brißlinger, Z. Rahmani Azad, P. Windthorst, J. Graf, M. Hautzinger, S. Zipfel & F. Junne

To cite this article: J. K. Denking, C. Rometsch, K. Murray, U. Schneck, L. K. Brißlinger, Z. Rahmani Azad, P. Windthorst, J. Graf, M. Hautzinger, S. Zipfel & F. Junne (2022) Addressing barriers to mental health services: evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, 2066458, DOI: [10.1080/20008198.2022.2066458](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066458)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066458>



© 2022 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group



[View supplementary material](#)



Published online: 20 May 2022.



[Submit your article to this journal](#)



Article views: 920



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)

## Addressing barriers to mental health services: evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people

J. K. Denkinger <sup>a</sup>, C. Rometsch <sup>a,b</sup>, K. Murray <sup>c</sup>, U. Schneck <sup>d</sup>, L. K. Brißlinger <sup>a</sup>, Z. Rahmani Azad <sup>a</sup>, P. Windthorst <sup>a,e</sup>, J. Graf <sup>a</sup>, M. Hautzinger <sup>f</sup>, S. Zipfel <sup>a</sup> and F. Junne <sup>a,g</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Tübingen, Tübingen, Germany; <sup>b</sup>Department of Experimental and Clinical Medicine, University of Florence, Florence, Italy; <sup>c</sup>School of Psychology and Counselling, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia; <sup>d</sup>refugio stuttgart e.v., Stuttgart, Germany; <sup>e</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Hospital Havelhöhe, Berlin, Germany; <sup>f</sup>Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Eberhard Karls University of Tübingen, Tübingen, Germany; <sup>g</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Magdeburg, Otto von Guericke University, Magdeburg, Germany

### ABSTRACT

**Background:** Despite the high prevalence of mental illness in forcibly displaced people, their utilization of mental health services is low. Major barriers to seeking mental health services include mental health self-stigma. To address this issue, the psychoeducational short film 'Coping with Flight and Trauma' was developed as a brief online intervention.

**Objective:** The present study aims to evaluate the feasibility and acceptance of the newly developed 10 min film, and to assess changes in self-stigma and help seeking.

**Method:** The evaluation of the film was conducted using a mixed-methods design with an online survey including the Self-Stigma of Mental Illness Scale, help seeking, and mental health variables at baseline, postintervention, and 3 month follow-up, in addition to telephone interviews postintervention with a randomly selected volunteer subsample.

**Results:** A total of 134 participants with a forced displacement history within the past 8 years took part in the study, of whom 66% scored as having probable post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, and/or anxiety. The results revealed emotional, cognitive, and behavioural changes postintervention. Directly after watching the film, participants reported reduced self-stigma and increased openness towards accessing mental health services. At follow-up, precisely 3.8 months later, these changes were no longer significant, yet 11% of participants reported having started psychotherapy since watching the film. Probable PTSD was associated with higher self-stigma at all three time-points. The majority (90%) would recommend watching the film to other forcibly displaced people.

**Conclusions:** Self-stigma was shown to be a robust and persistent issue, which tends to be underestimated by individuals not affected by mental illness. Low-threshold psychoeducational online interventions may be a promising tool to reduce barriers to accessing mental health services for forcibly displaced people, e.g. by being implemented in stepped-care models.

### Abordando las barreras a los servicios de salud mental: Evaluación de un cortometraje psicoeducativo para las personas desplazadas por la fuerza

**Antecedentes:** A pesar de la alta prevalencia de enfermedades mentales en las personas desplazadas por la fuerza, la utilización que hacen de los servicios de salud mental es baja. Las principales barreras en la búsqueda de servicios de salud mental incluyen el autoestigma en salud mental. Para abordar este tema, se desarrolló el cortometraje psicoeducativo 'Afrontando la huida y el trauma' como una breve intervención en línea.

**Objetivo:** El presente estudio pretende evaluar la viabilidad y la aceptación del nuevo cortometraje de 10 minutos con personas desplazadas por la fuerza y evaluar los cambios en el autoestigma y la búsqueda de ayuda.

**Método:** La evaluación de la película se llevó a cabo mediante un diseño de métodos mixtos con una encuesta en línea que incluía la Escala de Autoestigma sobre la Enfermedad Mental, la búsqueda de ayuda y las variables de salud mental al inicio, después de la intervención y a los 3 meses de seguimiento, además de entrevistas telefónicas individuales cualitativas después de la intervención con una submuestra de voluntarios seleccionados al azar.

**Resultados:**  $N = 134$  participantes con una historia de desplazamiento forzado en los últimos ocho años tomaron parte en el estudio, de los cuales el 66% puntuó como probable trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y/o ansiedad. Los resultados revelaron cambios emocionales, cognitivos y conductuales tras la intervención. Inmediatamente después de ver

### ARTICLE HISTORY

Received 16 January 2022

Revised 23 March 2022

Accepted 29 March 2022

### KEYWORDS

Refugee; forcibly displaced; PTSD; stigmatization; self-stigma; psychoeducation

### PALABRAS CLAVE

Refugiado; persona desplazada por la fuerza; TEPT; estigmatización; autoestigma; psicoeducación

### 关键词

难民; 被迫流离失所; PTSD; 污名; 自我污名; 心理教育

### HIGHLIGHTS

- Mental health self-stigma was shown to be a persistent and underestimated burden in forcibly displaced people.
- Psychoeducational online interventions are promising for addressing the burden of self-stigma and reducing barriers to seeking mental health services.

**CONTACT** J. K. Denkinger ✉ [Jana.Denkinger@med.uni-tuebingen.de](mailto:Jana.Denkinger@med.uni-tuebingen.de) Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Tübingen, Tübingen, Germany

Supplemental data for this article can be accessed online at <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066458>.

© 2022 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

la película, los participantes informaron de una reducción del autoestigma y una mayor apertura para acceder a los servicios de salud mental. En el seguimiento, precisamente 3,8 meses después, estos cambios ya no eran significativos, pero el 11% de los participantes declararon haber iniciado una psicoterapia desde que vieron la película. El probable TEPT se asoció con un mayor autoestigma en las tres mediciones. La mayoría (90%) recomendaría ver la película a otras personas desplazadas por la fuerza.

**Conclusiones:** El autoestigma demostró ser un fuerte problema y persistente que tiende a ser subestimado por los individuos no afectados por la enfermedad mental. Las intervenciones psicoeducativas en línea de bajo umbral podrían ser una herramienta prometedora para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud mental para las personas desplazadas por la fuerza, por ejemplo, mediante su aplicación en modelos de atención escalonada.

### 解决心理健康服务的障碍：对被迫流离失所者的心理教育短片的评估

**背景:** 尽管被迫流离失所者的精神障碍患病率很高，他们对心理健康服务的利用率很低。寻求心理健康服务的主要障碍包括心理健康自我污名。为了解决这个问题，心理教育短片“应对逃离和创伤”被开发为一个简短的在线干预。

**目的:** 本研究旨在评估新开发的有关被迫流离失所者 10 分钟电影的可行性和接受度，并评估自我污名和求助的变化。

**方法:** 使用混合方法设计和在线调查对影片进行评估，包括在基线、干预后和 3 个月随访时的精神疾病自我污名量表、求助和心理健康变量，以及对随机选择的志愿者子样本进行干预后的定性个人电话采访。

**结果:** 134 名在过去 8 年内有被迫流离失所史的参与者参加了本研究，其中 66% 的参与者被评分为可能患有创伤后应激障碍 (PTSD)、抑郁和/或焦虑。结果揭示了干预后的情绪、认知和行为变化。一看完电影后，参与者报告了降低的自我污名和增高的对获得心理健康服务的开放性。在精确的到 3.8 个月后的随访中，这些变化不再显著，但 11% 的参与者报告说自从观看电影后就开始了心理治疗。在全部 3 次测量中，可能的 PTSD 都与较高的自我污名相关。大多数人 (90%) 会向其他被迫流离失所的人推荐观看这部电影。

**结论:** 自我污名被证明是一个往往被未受精神障碍影响个体低估的强大而持久的问题。低门槛心理教育在线干预可能是一种很有前景的工具，可以减少被迫流离失所者获得心理健康服务的障碍，例如。通过在阶梯式护理模型中实施。

## 1. Introduction

At the end of 2020, there were 82.4 million forcibly displaced people worldwide, including 20.7 million refugees and 4.1 million asylum seekers (United Nations High Commissioner for Refugees, 2021). Research shows a high prevalence of mental illnesses following flight experiences (Blackmore et al., 2020). In the context of record high forced displacement, the prevalence of 31.5% for post-traumatic stress disorder (PTSD) (Blackmore et al., 2020), with a high risk of chronicity (Blackmore et al., 2020; Denkinger et al., 2021), is especially alarming. There is meta-analytic evidence that psychosocial interventions for PTSD are effective in reducing PTSD symptoms among forcibly displaced people (Gwozdziwycz & Mehl-Madrona, 2013; Kip, Priebe, Holling, & Morina, 2020; Nosè et al., 2017). However, in contrast to the utilization of somatic healthcare services (Kiss, Pim, Hemmelgarn, & Quan, 2013; Norredam et al., 2004), the utilization of mental health services is low among forcibly displaced people in host countries (Satinsky, Fuhr, Woodward, Sondorp, & Roberts, 2019). A systematic review suggests that a reason for this treatment gap may lie in the stigma associated with having a mental illness and the stigma associated with seeking mental health services (Satinsky et al., 2019).

Sociologist Erving Goffman defined the concept of stigma as an ‘attribute that is deeply discrediting’ and reduces the stigmatized person ‘from a whole and

usual person to a tainted discounted one’ (Goffman, 1963, p. 3). It can be differentiated into public stigma (labels and stereotypes dominant in a society) and self-stigma (the internalization of the public stigma by members of the stigmatized group) (Corrigan, 2004). Perceptions of public stigma associated with mental illness can influence the experience of self-stigma, which, in turn, affects help-seeking attitudes and behaviour (Vogel, Wade, & Hackler, 2007).

Stigma has been shown to be especially high in ethnic minorities and people from a refugee background (Kira et al., 2014). However, most mental health stigma research has been conducted within Western populations in Western countries (Livingston & Boyd, 2010; Schnyder, Panczak, Groth, & Schultze-Lutter, 2017). In accordance with the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) guidance for mental health and psychosocial support, which recommends taking ‘measures to combat stigma and discrimination of people with mental disorders’ (UNHCR, 2013, p. 22), there is a clear need for specific, culture-sensitive interventions to reduce mental health self-stigma in underserved groups such as forcibly displaced people.

Interventions that produce fundamental changes in attitudes and beliefs may be particularly beneficial when aiming to change stigma (Link & Phelan, 2001). Although mental health stigma studies among forcibly displaced people remain rare (Mills et al.,



2020), studies indicate that psychoeducational interventions can lead to an improvement in mental health literacy and a reduction in mental health stigma (Kelly, Jorm, & Wright, 2007; Tsang et al., 2016). In recent years, one study found that men from a refugee background who participated in an online psychoeducational intervention including short videos showed greater help-seeking behaviours and smaller increases in self-stigma in the following month than a waiting-list control group (Nickerson et al., 2020), while an evaluation of a psychoeducational smartphone-based app for Syrian refugees showed a significant and sustained treatment effect for reducing self-stigma (Röhr et al., 2021). These initial findings are promising for the effectiveness of psychoeducational online interventions in reducing self-stigma. However, the paucity of research in this area demonstrates a need for further development and scientific evaluation of similar brief interventions.

The present study aims to evaluate a newly developed 10 min film, 'Coping with Flight and Trauma', which explains PTSD symptoms and how these could be treated. We hypothesized that forcibly displaced people would report reduced self-stigma related to mental illnesses and increased openness towards accessing mental health services directly after watching the film and at follow-up, and increased help-seeking behaviours at follow-up, compared to before watching the film.

Five research questions were addressed in this study:

- (1) What are the specific benefits of providing a web-based psychoeducational film for forcibly displaced populations?
- (2) What are the specific risks in that matter?
- (3) Does self-stigma of mental illness decrease postintervention and are such changes sustained at follow-up measurement 3 months later?
- (4) Does openness towards accessing mental health services increase postintervention and are such changes sustained?
- (5) Does PTSD psychopathology influence changes in self-stigma and openness towards accessing mental health services?

## 2. Method

### 2.1. Study design

The study was conducted using a convergent parallel mixed-methods design (Creswell & Creswell, 2017). The quantitative component consists of a pretest-post-test follow-up quasi-experimental design and took place via the online survey software Unipark EFS Survey (Questback, 2021). The qualitative component comes from open-text questionnaire items at

post-test and follow-up and individual semi-structured interviews following the post-test with a randomly selected volunteer subsample.

### 2.2. Ethical considerations

The study was approved by the Clinical Ethics Committee of the University Hospital Tübingen (no. 112/2019BO1). Participants gave informed consent to participate and to be contacted again. All data were deidentified.

### 2.3. Participants

Recruitment took place between June and November 2020. Adults with forced displacement experiences within the past 8 years who were literate in English, German, or Arabic were eligible for participation. Following recommended recruitment strategies for populations underrepresented in research, such as people from refugee backgrounds (Roehr et al., 2019), a multi-strategic recruitment method involving snowball sampling was conducted. Specific organizations and institutions in the field were informed about the study via e-mail and asked to forward the information. Moreover, study information was published in asylum-specific Facebook groups. Recruitment took place in Germany; however, residency in Germany was not a requirement for participation. Finally, 134 participants were included in the study.

### 2.4. Intervention

As an easily accessible ('low-threshold') psychoeducational intervention, a newly developed animated 10 min film named 'Coping with Flight and Trauma' was used. In the film, two fictional characters from a refugee background (one woman, one man) share their experiences; and one female and one male psychotherapist provide psychoeducational information about post-traumatic stress symptoms and introduce the concept of group and individual psychotherapy. At the end of the film, information about further help services is presented. The film is available in English, Arabic, and German: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLjQMEeEDuy2sm3w50Wd-mGuzIsuw5gCU>.

As a minimal intervention, the film was developed with the option to be implemented within a broader stepped-care context – an approach where lower cost and lower intensity interventions are provided first, and more intensive and costly interventions are provided in a next step, if needed (Haaga, 2000).

#### 2.4.1. Development of the film

The film was developed by the research team, consisting of psychologists and physicians, in close

cooperation with *refugio stuttgart e.v.*, a psychosocial centre for forcibly displaced people in Germany, and with support from the Center for Media Competence, University of Tübingen. With the aim of informing people about PTSD, coping strategies, and offers of professional help, the research team developed a film script in German based on previous research in the field (e.g. Denkinger et al., 2021). To receive feedback on the first version of the script, an expert focus group session was conducted in September 2017 with three experts working with forcibly displaced people in the psychosocial and psychotherapeutic settings of *refugio stuttgart e.v.* The focus group session was recorded, transcribed, and analysed using qualitative content analysis (Mayring, 2010). Eight recommendations for the development of psychoeducational interventions for traumatized refugees emerged (see supplementary material 1). Following these recommendations, the film script was finalized. The final German script was then translated to Arabic and English, and back-translated to German by two separate people. In this forward–backward translation process, the study team as well as native Arabic- and English-speaking mental health professionals were involved to ensure the cultural accuracy of the translations.

Within the animation process, we focused on providing clear information without showing potentially retraumatizing scenes graphically. Each animated scene was discussed with the mental health professionals of the study team before it was finalized. The first version of the film was piloted in two group settings with mental health professionals working in the psychosomatic clinic of the University Hospital of Tübingen and at *refugio stuttgart e.v.* to receive open feedback from the perspective of experts in the field. In the next step, the film was piloted with two refugees (one woman, one man) in a one-on-one setting. Semi-structured interviews were conducted, including questions regarding the film's understandability, culture adequacy, authenticity, room for identification, and first impressions towards the film and the protagonists. The viewers could also provide open feedback, critique, and ideas for improvement on every aspect of the film. For instance, an earlier version of the film showed interpreters, which the viewers perceived as irritating in the animation. The film was then adapted and finalized accordingly in June 2019.

## 2.5. Measures

The online questionnaire was delivered in German, English, and Arabic, and included three validated questionnaires measuring mental health symptoms and self-stigma, as well as self-developed questionnaire items assessing sociodemographics, variables regarding attitudes towards and use of psychotherapy, and the feasibility and acceptance of the film.

Questionnaire items were developed in German, based on the study team's clinical and research experience and previous literature. When available, previously translated and validated versions of questionnaires were used [i.e. Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), Short Screening Scale for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) Posttraumatic Stress Disorder]. Otherwise, questionnaires and self-developed questionnaire items were translated by native speakers using a forward–backward translation method (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2002). The online survey was piloted using the think-aloud method (Prüfer & Rexroth, 2005) with a convenience sample of two men and seven women (including five mental health professionals and one Arabic-speaking refugee). To ensure cultural adequacy and translation accuracy, two native speakers of each study language participated in their mother tongue. To ensure sufficient understandability, each language version was also piloted with one non-native speaker.

### 2.5.1. Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

The Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) (Kliem et al., 2016; Löwe et al., 2010) was used to measure the core criteria for depression and anxiety over the past 2 weeks. This ultra-brief self-report screening scale consists of a two-item depression scale (PHQ-2) and a two-item anxiety scale [Generalized Anxiety Disorder two-item (GAD-2) scale]. The total PHQ-4 score ranges from 0 to 12, with a higher sum-score representing higher distress. For the PHQ-2 and the GAD-2, a cut-off score of  $\geq 3$  was suggested to detect probable depression or anxiety. It has been shown that scores ascertained with different language versions of the PHQ-4 and with people of different cultural backgrounds (German host population, migrants, and refugees) can be compared in a statistically meaningful way (Tibubos & Kröger, 2020). Validated within the German general population, the internal consistency of the PHQ-4 was  $\alpha = .78$  (Löwe et al., 2010). Cronbach's alpha in the present baseline sample was  $\alpha = .83$ .

### 2.5.2. Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder

The Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder (Breslau, Peterson, Kessler, & Schultz, 1999; Siegrist & Maercker, 2010) was used to measure seven PTSD symptoms within the past month. A sum-score can be formed based on the number of symptoms, ranging from 0 to 7. For probable PTSD, a cut-off of  $\geq 4$  is recommended (Breslau et al., 1999). Within the German general population, Cronbach's alpha of .90 was found (Siegrist & Maercker, 2010). Cronbach's alpha in the present baseline sample was  $\alpha = .85$ .

### 2.5.3. Self-Stigma of Mental Illness (SSOMI) scale

The Self-Stigma of Mental Illness (SSOMI) scale (Tucker et al., 2013) was used to measure the stigma that the participant associates with being labelled mentally ill. The scale consists of 10 items (e.g. 'My self-esteem would decrease if I had a mental illness' or 'It would make me feel inferior to have a mental illness'), which respondents can rate on a five-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Higher scores indicate higher levels of self-stigma. Previous studies found Cronbach's alpha ranging from .69 to .93 (Mullen & Crowe, 2017; Tucker et al., 2013). Cronbach's alpha in the present baseline sample was  $\alpha = .84$ .

### 2.5.4. Sociodemographic variables

Sociodemographic characteristics (e.g. age, gender, home country, marital status, religion, education, current residency, time since flight) were assessed.

### 2.5.5. Mental health services

Current and previous experiences with psychotherapy were assessed. On a seven-point Likert scale from 1 (very low) to 7 (very high), the willingness to seek treatment in the future if mental health problems emerge, and the likelihood of recommending psychotherapy to a friend if he or she suffers from mental health problems were assessed.

### 2.5.6. Feasibility and acceptance

On seven-point Likert scales, nine questionnaire items regarding feasibility and acceptance were developed for the post-test questionnaire (e.g. 'How well did you understand the film language wise?'). See Table 4 for all nine items (Cronbach's  $\alpha = .89$ ). We additionally asked whether participants would recommend the film to other forcibly displaced people (answer options: yes; no) and whether any problems occurred while watching the movie (answer options: no; yes, technical problems; yes, interruptions; yes, inattention; yes, emotional problems; yes, other). Furthermore, open-text questions were included postintervention and at follow-up ('Do you have suggestions/comments/feedback regarding the film?').

### 2.5.7. Qualitative interview guide

A semi-structured interview guide was developed consisting of open-ended questions regarding the practicability ('Did you encounter any problems watching and understanding the film?'), and acceptance of the film ('What do you think of the film? What did you like and what didn't you like about the film?') and effects experienced while and after watching the film ('Did the film change your mind about specific aspects?').

## 2.6. Study procedure

Participants could choose between a German, Arabic, and English version of the online survey. They were then informed about the study goals, risks, benefits, and data security, and had to agree with the terms of the study to continue. All participants had the chance to win one of six tablet PCs and one of 10 vouchers for a bookstore. Participants were asked to develop a personal code, so that their baseline data could be matched with their follow-up data anonymously. After completing the baseline questionnaire, the film and then the post-test questionnaire were presented. Participants were then asked about their interest in taking part in a telephone interview and/or the follow-up survey. Interviews were conducted anonymously in German, English, or Arabic with randomly selected volunteering participants ( $n = 19$ ). Interviewers were the first author (MSc psychologist) and the fifth author (MA in Arabic Studies). No language barriers were apparent. Three months after the baseline assessment, participants received a link via e-mail to the follow-up questionnaire.

## 2.7. Quantitative data analysis

Analyses were conducted using IBM SPSS version 27, R and R studio (R Core Team, 2021). Linear mixed-model computations were obtained from the lme4 and lmerTest R packages (Bates et al., 2014; Kuznetsova et al., 2017). For baseline sample description, means ( $M$ ), standard deviation ( $SD$ ), distributions, and valid percentages are reported, and  $t$ -tests for independent samples were conducted to assess differences in self-stigma at baseline. Paired-sample  $t$ -tests were used to assess pre-post differences. Linear mixed models were used to analyse the effect of time (before and after watching the film) and probable PTSD on self-stigma and openness towards accessing mental health services. An 'openness towards accessing mental health services' sum-score was composed from two self-developed questionnaire items on a seven-point Likert scale ('Willingness to seek help if having mental health problems in the future' and 'Willingness to recommend professional help if a friend struggles with mental health problems'; Cronbach's  $\alpha = .67-.79$ ). *Post-hoc* contrasts were used to allow for pairwise comparisons. The level of significance was set at  $\alpha = .05$ .

## 2.8. Qualitative data analysis

The audio-recorded interviews were transcribed and anonymized. Transcripts and open-text answers on the questionnaire were analysed using qualitative content analysis (Mayring, 2010) with the help of the software MAXQDA (Kuckartz & Rädiker, 2019). Two



coders (the first and fifth authors) independently conducted a summarizing analysis of a sample of transcripts to derive themes from the data. By structuring and hierarchizing these inductively derived themes, a coding tree was developed consisting of three categories and eight subcategories. Descriptions of the categories and exemplary quotes were agreed upon within the research team. Then, two researchers independently assigned relevant text sections of all transcripts and open-text answers to the subcategories. This coding process included test trails, comparisons, discussion, and adaptation loops of the coding tree. Discrepancies in assignments of the two coders were discussed, when needed with a third researcher, and a final version of the assignments was developed in an agreement process.

### 3. Results

#### 3.1. Quantitative baseline results ( $T_0$ )

##### 3.1.1. Sample

In total, 134 participants, with a mean age of 31.12 years ( $SD = 8.39$ , range: 18–66 years), were included at baseline (Table 1). The majority of participants self-identified as men ( $n = 97$ , 72.4%), 38 as women (28.4%), one person as man and woman, and one person reported man and other. Participants had arrived in the host country an average of 4.33 years before study participation ( $SD = 1.52$ , range: 0.16–8.00 years). An average of 12.29 years of school attendance ( $SD = 2.56$ , range: 1–14 years) was reported. Figure 1 shows exclusion and dropouts of participants during the study process.

##### 3.1.2. Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder

A majority of participants reported having experienced a situation where they were filled with horror and anxiety ( $n = 115$ , 85.8%) and felt helpless ( $n = 113$ , 84.3%). Fifty-five participants (42.6%) scored above the cut-off, indicating probable PTSD, with a mean sum-score of 2.98 ( $SD = 2.39$ ).

##### 3.1.3. PHQ-4

At baseline, a PHQ-4 score of  $M = 5.7$  ( $SD = 3.43$ ) was found. Half of the participants ( $n = 65$ , 50.0%) scored above the cut-off on the depression subscale ( $M = 2.85$ ,  $SD = 1.83$ ); regarding the anxiety subscale, 42.8% ( $n = 62$ ) scored above the cut-off ( $M = 2.87$ ,  $SD = 1.91$ ).

##### 3.1.4. Psychotherapy

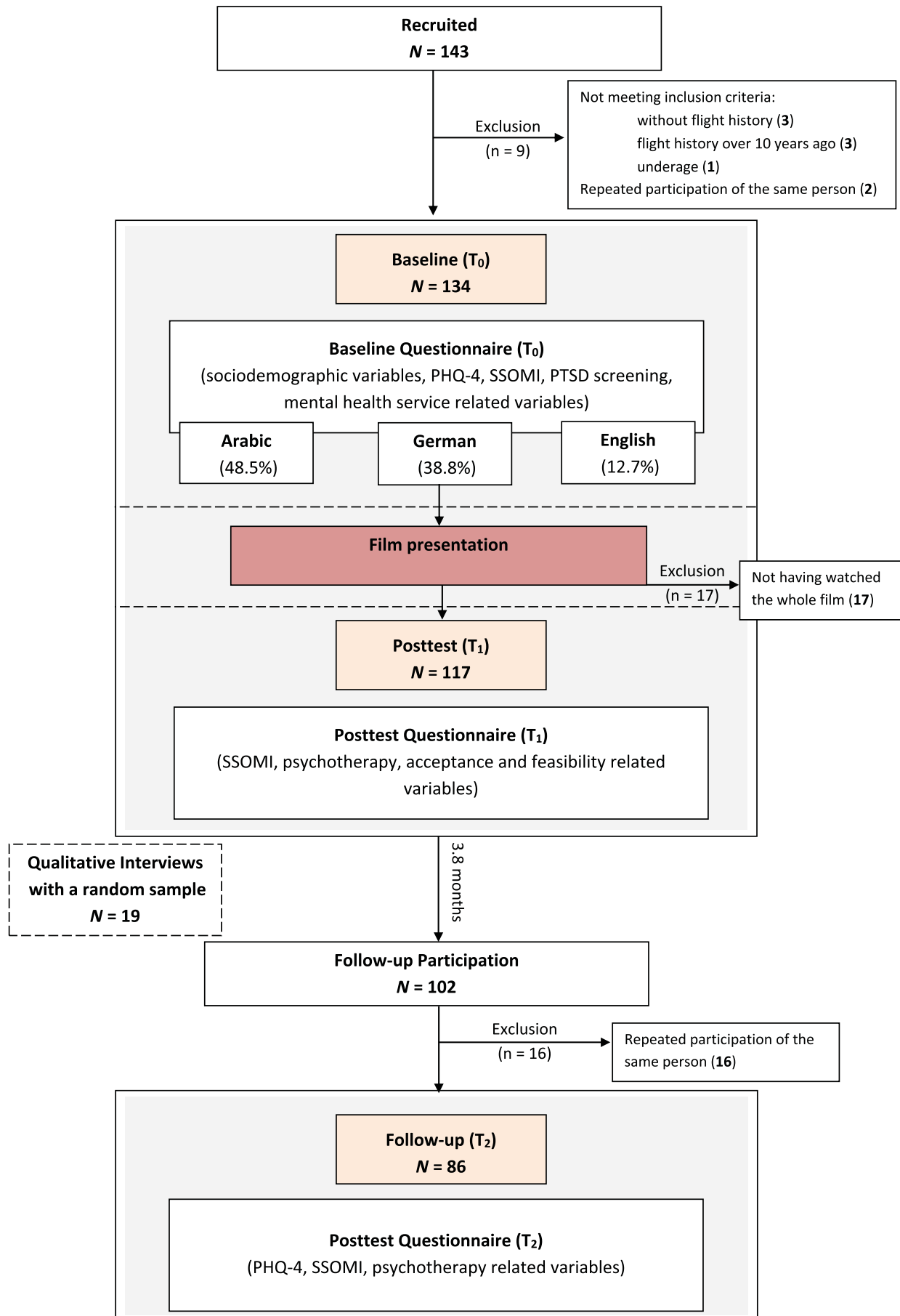
Forty-nine participants (36.6%) reported already being in contact with mental health services (Table 2).

##### 3.1.5. Self-stigma

At baseline, there was a SSOMI sum-score of  $M = 3.09$  ( $SD = 0.77$ , range: 1.1–4.8). Participants' SSOMI scores did not significantly differ by gender, age, time since arrival in host country, or previous experiences with mental health services (Table 3). However, there were significant differences in self-stigma with regard to mental health burdens. Self-stigma ratings were on average 0.65 points higher on the SSOMI five-point Likert scale (95% confidence interval 0.36; 0.93) for people who reported above at least one cut-off score for anxiety, depression, or PTSD.

**Table 1.** Sociodemographic characteristics of baseline participants ( $N = 134$ ).

	<i>n</i> (%)
Country of origin	
Syria	72 (53.7)
Iraq	12 (9.0)
Afghanistan	8 (6.0)
Iran	7 (5.2)
Turkey	7 (5.2)
Palestine	3 (2.2)
Lebanon	2 (1.5)
Eritrea	2 (1.5)
Libya	2 (1.5)
Pakistan	2 (1.5)
Nigeria	2 (1.5)
Yemen	2 (1.5)
Others (Somalia, El Salvador, Gambia, Guinea, Sri Lanka, Tajikistan, Chad, Tunisia, Uganda, Ukraine, Zimbabwe)	Each 1 (0.7)
Native language	
Arabic	87 (64.9)
Kurdish	15 (11.2)
Dari/Farsi	12 (9.0)
Turkish	7 (5.2)
English	7 (5.2)
Pashtu	3 (2.2)
French	2 (1.5)
Tigrinya	2 (1.5)
Others (Balochi, Fula, Mandinka, Mimi, Russian, Shona, Sinhala, Somali, Spanish, Urdu, Uzbek)	Each 1 (0.7)
Religion	
Muslim	93 (69.4)
Christian	15 (11.2)
Yazidi	2 (1.5)
Druze	2 (1.5)
Jewish	1 (0.7)
Hindu	1 (0.7)
Agnostic	1 (0.7)
None	17 (12.7)
Marital status	
Single	65 (48.5)
Relationship	12 (9.0)
Married	48 (35.8)
Divorced	8 (6.0)
Widowed	2 (1.5)
Education and employment	
Job training degree	25 (18.7)
University degree	62 (46.3)
Doctoral degree	1 (0.7)
Currently employed	58 (43.3)
Current country of residence	
Germany	112 (83.6)
Austria	8 (6.0)
Belgium	8 (6.0)
Jordan	2 (1.5)
Uganda	1 (0.7)
Lebanon	1 (0.7)
Greece	1 (0.7)



**Figure 1.** Flowchart of the study process. PHQ-4, Patient Health Questionnaire-4; SSOMI, Self-Stigma of Mental Illness; PTSD, post-traumatic stress disorder.

### 3.2. Quantitative post-test results ( $T_1$ )

The majority of participants ( $n = 114$ , 85.1%) watched the film by themselves; 10.4% ( $n = 14$ ) reported watching the film together with family/friends and 4.5% ( $n = 6$ ) in the company of a professional (e.g. social worker, psychotherapist).

#### 3.2.1. Negative effects

One-fifth of participants ( $n = 27$ , 20.1%) reported emotional problems while watching the film. Seventeen participants (12.7%) reported that they stopped watching the film. Of these, four people stated emotional problems (23.6%), two people inattention (11.8%), one person technical issues (5.9%), and one the length of the film (5.9%) as the reasons for discontinuing. Nine participants did not specify a reason. Only participants who reported watching the whole film are included in further data analysis (see Figure 1).

#### 3.2.2. Feasibility and acceptance of the film

The majority of participants would recommend watching the film to other forcibly displaced people ( $n = 105$ , 89.7%). On average, the film was rated as rather good. The feasibility and acceptance of the film could be documented (Table 4).

#### 3.2.3. Short-term changes in self-stigma after watching the film

A paired-sample  $t$ -test revealed a significant reduction in self-stigma of mental illness measured by the SSOMI sum-score directly after watching the film ( $M = 2.98$ ,  $SD = 0.87$ ), compared to before watching the film ( $M = 3.11$ ,  $SD = 0.77$ ) [ $t(108) = 2.36$ ,  $p = 0.02$ ].

### 3.3. Quantitative follow-up results ( $T_2$ )

The follow-up questionnaire was completed by 86 participants, on average 3.8 months after the baseline assessments. Over one quarter (26.5%) of the baseline sample was lost to follow-up; no reasons for dropout were reported. For 16 follow-up responses, the matching baseline data could not be identified since the personal code was not consistently reported.

**Table 2.** Participants' reported past and current experiences with psychotherapy.

	$n$ (%)
Currently in psychotherapy	
Individual psychotherapy	5 (3.7)
Group psychotherapy	1 (0.7)
On pause due to COVID-19	2 (1.5)
Individual psychotherapy online	1 (0.7)
Past psychotherapy	
One counselling session	13 (9.7)
Psychotherapy in Germany	31 (21.4)
Psychotherapy in the home country	6 (4.5)
Psychotherapy in another country	6 (4.5)
No psychotherapy in the past	91 (67.9)

#### 3.3.1. Long-term changes after watching the film

Table 5 lists the agreement to 10 statements on cognitive and behavioural changes after having watched the film. While half of participants talked about their mental health burdens with others since having watched the film, 10.7% reported having started psychotherapy.

#### 3.3.2. Longitudinal changes in self-stigma

To assess the overall effect of the intervention at post-intervention and follow-up, we computed  $3 \times 2$  (time  $\times$  probable PTSD) linear mixed models. We ran three different models and compared their model fit: a random intercept model, a random intercept model with the interaction term between time and probable PTSD, and a random slope model. A comparison of fit statistics as well as a likelihood ratio test confirmed that the most parsimonious model, the random intercept model without the interaction term, generated the best model fit. Qualitatively, the results were the same regardless of the model choice.

**Table 3.** Differences in self-stigma at baseline across sociodemographic variables, mental health symptoms, and mental health service utilization.

Variable	Self-stigma
Sociodemographic variables	
Age group (median-split at 30 years)	
$\leq 30$ years ( $n = 73$ )	$M = 3.07$ , $SD = 0.80$
$> 30$ years ( $n = 55$ )	$M = 3.11$ , $SD = 0.72$
t-test statistics	$t(126) < 1$ , $p = .768$
Gender	
Female ( $n = 35$ )	$M = 3.07$ , $SD = 0.77$
Male ( $n = 92$ )	$M = 3.11$ , $SD = 0.76$
t-test statistics	$t(125) < 1$ , $p = .803$
Time in host country (median-split at 5 years)	
$< 5$ years ( $n = 49$ )	$M = 3.13$ , $SD = 0.71$
$\geq 5$ years ( $n = 79$ )	$M = 3.06$ , $SD = 0.80$
t-test statistics	$t(126) < 1$ , $p = .589$
Mental health	
No mental health problems ( $n = 35$ )	$M = 2.64$ , $SD = 0.68$
PTSD, depression, and/or anxiety ( $n = 88$ )	$M = 3.28$ , $SD = 0.73$
t-test statistics	$t(121) = -4.52$ , $p < .001$ , $d = -0.903$
PTSD	
Unlikely ( $n = 71$ )	$M = 2.85$ , $SD = 0.75$
Probable PTSD ( $n = 55$ )	$M = 3.39$ , $SD = 0.69$
t-test statistics	$t(124) = -4.15$ , $p < .001$ , $d = -0.746$
Depression	
Unlikely ( $n = 62$ )	$M = 2.90$ , $SD = 0.77$
Probable depression ( $n = 63$ )	$M = 3.30$ , $SD = 0.71$
t-test statistics	$t(123) = -2.98$ , $p = .003$ , $d = -0.534$
Anxiety	
Unlikely ( $n = 69$ )	$M = 2.92$ , $SD = 0.73$
Probable anxiety ( $n = 59$ )	$M = 3.28$ , $SD = 0.77$
t-test statistics	$t(126) = -2.69$ , $p = .008$ , $d = -0.476$
Past experiences with mental health services	
No experience with professional mental health offers ( $n = 80$ )	$M = 3.07$ , $SD = 0.75$
Experience with professional mental health offers ( $n = 48$ )	$M = 3.12$ , $SD = 0.75$
t-test statistics	$t(126) < 1$ , $p = .727$

PTSD, post-traumatic stress disorder.

**Table 4.** Feasibility, acceptance, and perceived effects of the film ( $N = 117$ ).

Questionnaire item	$M, SD$	Percentage of ratings $> 4^c$ (indicating good acceptance/agreement)
Overall rating of the film <sup>a</sup>	$M = 5.21, SD = 1.42$	70.1
How well did you understand the content of the film? <sup>a</sup>	$M = 6.09, SD = 1.19$	88.9
How well did you understand the film language wise? <sup>a</sup>	$M = 6.31, SD = 1.20$	88.9
How well could you relate to the stories of the persons in the film? <sup>a</sup>	$M = 4.91, SD = 1.72$	59.8
How many new things did you learn from the film? <sup>b</sup>	$M = 4.26, SD = 1.56$	42.7
How much did the film help you to ...		
... gain new information about mental health? <sup>b</sup>	$M = 4.42, SD = 1.57$	50.4
... understand your own symptoms better? <sup>b</sup>	$M = 4.66, SD = 1.57$	56.0
... cope better with your burdens? <sup>b</sup>	$M = 4.31, SD = 1.52$	45.7
... get to know treatment options? <sup>b</sup>	$M = 4.43, SD = 1.66$	52.6

<sup>a</sup>Items were answered on a Likert scale from very bad (1) to very good (7).

<sup>b</sup>Items were answered on a Likert scale from very little (1) to very much (7).

<sup>c</sup>Percentages of ratings from 5 (rather good/rather a lot) to 7 (very good/very much).

**Table 5.** Follow-up reports on cognitive and behavioural changes after watching the film.

Questionnaire items: Since I saw the film, ... <sup>a</sup>	$n$ (%) <sup>b</sup>
I had a conversation with friends/acquaintances about mental health burdens	41 (48.8)
I looked more into my mental health than before	32 (38.1)
I thought about looking for psychological support, but I am still unsure	24 (28.6)
I looked for information regarding psychological support	17 (20.2)
I started looking for a psychotherapist	10 (11.9)
I started psychotherapy	9 (10.7)
I would have liked to receive psychological support, but I didn't know how	12 (14.3)
I decided against psychotherapy, even though it might help me	5 (6.0)
I decided against psychotherapy, because I don't need it at the moment	15 (17.9)
I decided to never go to psychotherapy	3 (3.6)

<sup>a</sup>Participants could select the listed questionnaire item(s) that applied to them.

<sup>b</sup> $n$  (%) of participants who agreed with the questionnaire item.

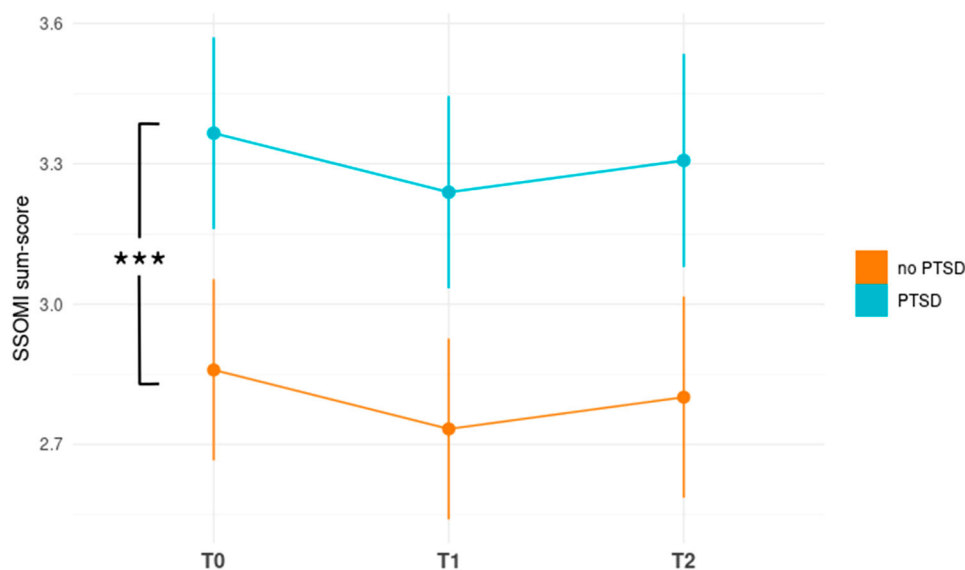
There was no significant effect of time on self-stigma [ $F(2,174) = 1.75, p = .18$ ]. There was a significant main effect of probable PTSD [ $F(1,109.1) = 14.50, p < .001$ ]. As can be seen in Figure 2, this

indicates higher self-stigma in people with probable PTSD ( $M = 3.32, SD = 0.83$ ) than in people without ( $M = 2.83, SD = 0.77$ ). No significant interaction effect between time and probable PTSD occurred [ $F < 1$ ].

### 3.3.3. Longitudinal changes in openness towards accessing mental health services

To assess the willingness to seek help as an outcome variable, a similar analytic approach to evaluating self-stigma was used. Here, the random slope model without interaction term (probable PTSD) yielded the best model fit.

There was a significant main effect for time on openness towards accessing mental health services [ $F(2,113.7) = 6.53, p = .002$ ], but no significant effect for PTSD [ $F(1,104.5) = .668, p = .409$ ]. To analyse how much of the variance in openness towards accessing mental health services is attributable to differences between subjects and which proportion of the variance varied over time within subjects, we computed intraclass correlations. A significant proportion,



**Figure 2.** Longitudinal changes in self-stigma for participants with probable post-traumatic stress disorder (PTSD) and without PTSD. Self-Stigma of Mental Illness (SSOMI) sum-scores range from 1 to 5, with higher scores indicating higher self-stigma. \*\*\* $p < .001$ .

51% [ $\chi^2(1) = 57, p < .001$ ], of the help-seeking variance can be explained by differences between subjects, whereas the remainder of the variance is within-person change across the three measurement points.

*Post-hoc* comparisons with a *p*-value adjustment by the Tukey method showed that openness towards accessing mental health services increased significantly directly after watching the film ( $M = 11.63, SE = 0.26$ ) compared to before watching the film ( $M = 10.45, SE = 0.27$ ) ( $p = .004$ ), and stayed slightly increased at follow-up ( $M = 11.038, SE = 0.31$ ), with no significant difference compared to either  $T_1$  ( $p = .742$ ) or  $T_0$  ( $p = .132$ ) (Figure 3).

### 3.4. Qualitative results

#### 3.4.1. Sample

After completing the postintervention questionnaire, participants could open another questionnaire assessing their interest in a telephone interview. Of the 115 people completing this questionnaire, 102 participants (88.7%) reported their willingness to talk about the film with a member of the study team. Following random selection until data reached saturation, 19 participants were interviewed (13 men, six women). Interviewees came from Syria ( $n = 14$ ), Afghanistan ( $n = 1$ ), Iraq ( $n = 1$ ), Iran ( $n = 1$ ), Eritrea ( $n = 1$ ), and Turkey ( $n = 1$ ), with 16 interviews conducted in German, two in Arabic, and one in English.

#### 3.4.2. Effects of the film

By analysing the interviews and the answers to the open-ended questionnaire items, the theme ‘effects of the film’, with the three categories, ‘emotional change’, ‘cognitive change’, and ‘behavioural change’,

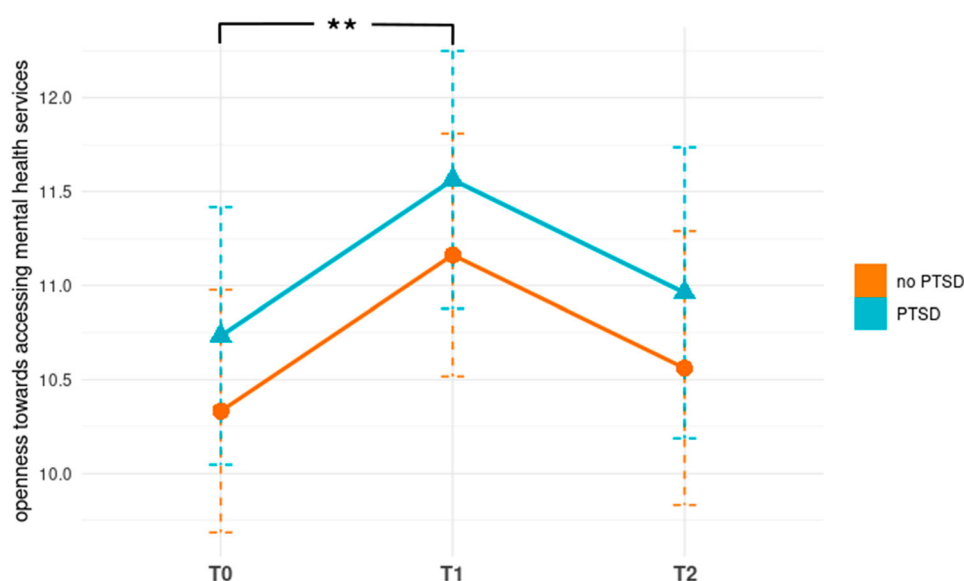
was derived (Figure 4). Detailed descriptions of the categories alongside example quotations are presented in the supplementary material 2.

## 4. Discussion

The film ‘Coping with Flight and Trauma’ was developed as a low-threshold psychoeducational online intervention for forcibly displaced people to reduce barriers in accessing mental health services. The present study documents the feasibility and high acceptance of the short film, as 90% would recommend watching the film to other forcibly displaced people. Emotional, cognitive, and behavioural responses to the intervention were found in a highly burdened sample. As the main findings, the study shows reduced self-stigma and increased openness towards accessing mental health services postintervention. Even though these changes were no longer significant 3.8 months after watching the film, increased help-seeking behaviour had been reported at follow-up.

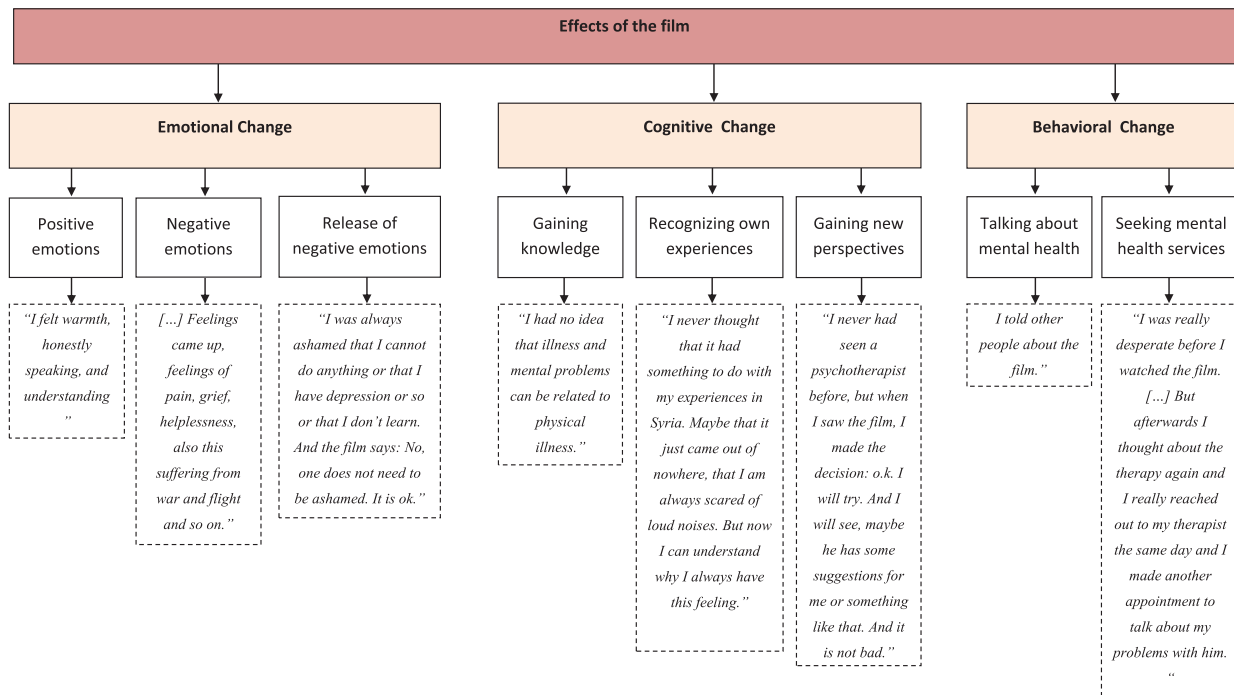
The present study confirms a mental health treatment gap in forcibly displaced people (Boettcher et al., 2021; Satinsky et al., 2019). Prevalence rates for probable mental illness are high in the current sample, even compared to other forcibly displaced populations (Blackmore et al., 2020), providing a strong indication for mental health services. However, only 7% of participants were enrolled in psychotherapy at baseline. This divergence once more underlines the necessity of interventions addressing the treatment gap.

The previous literature suggests that mental health self-stigma is a major barrier in seeking help (Satinsky et al., 2019). Self-stigma was found in the present



**Figure 3.** Longitudinal changes in openness towards accessing mental health services for participants with probable post-traumatic stress disorder (PTSD) and without PTSD. Openness towards accessing mental health services sum-scores range from 2 to 14, with higher scores indicating higher openness.  $**p < .01$ .





**Figure 4.** Qualitative results regarding the effects of the film on emotional, cognitive, and behavioural levels.

sample as well, independent of gender or age. By showing that self-stigma was influenced neither by time since arrival in the host country nor by previous experiences with professional mental health services, the present study suggests that mental health self-stigma is a persistent issue with low chances of spontaneous remission, even when in contact with professional help services.

Importantly, self-stigma was higher in people who reported mental health problems than in people who did not. The difference was found for probable PTSD, depression, and anxiety, but showed the highest effect size for PTSD. This seems to be robust and persistent over time, as self-stigma was higher in people with probable PTSD on all three measurements. This finding is in line with previously found associations between stigma and psychological symptoms (Byrow et al., 2019; Kira et al., 2015; Lindheimer et al., 2020; Livingston & Boyd, 2010) and supports the notion that stigma can be seen as a major mental health burden contributing to already existing mental illness (Kira et al., 2014). Moreover, since the SSOMI questionnaire asks hypothetical questions ('if I had a mental illness'), the present results add that self-stigma in people with mental health burdens is even higher than people without mental illness expect it to be. This may lead to an underestimation of self-stigma in people who are not affected by mental illness.

The present study shows that participants report reduced self-stigma postintervention. However, this needs to be interpreted with caution since there were no significant changes in self-stigma over time when comparing all three measurements in a linear mixed

model. This discrepancy may be due to the smaller follow-up sample. The missing long-term changes in self-stigma need to be considered in the face of competing messages reinforcing stigma that may have been received within the broader community in the time between the intervention and the follow-up measurement. Compared to Nickerson et al. (2020), who showed increasing mental health self-stigma in refugees over time, even in a treatment group that received an 11-module stigma reduction intervention, the present results may still be a favourable development.

Directly after watching the film, increased openness towards accessing mental health services was reported. Openness towards the topic of mental health after watching the film can also be seen in the fact that 89% of participants agreed to be contacted for an interview about their experiences with the film. This is in line with findings showing that online interventions can lead to greater help-seeking intentions in people with a refugee background (Nickerson et al., 2020). At follow-up, openness towards accessing mental health services stayed slightly but not significantly increased. Competing messages within the community may have been influential once again. Embedding the film in a broader stepped-care context including community-based anti-stigma interventions could be beneficial.

Although the assessed changes are no longer significant at follow-up, there are still various behavioural changes that happened within the 3.8 months after watching the film. Approximately half of participants reported having conversations about mental health burdens and 11% had started psychotherapy

since watching the film. These behavioural changes, including the increase in psychotherapy utilization compared to the 7% at baseline, are especially notable since evidence on behavioural changes due to self-stigma interventions beyond 4 weeks is rare (Thornicroft et al., 2016).

The present study identified several relevant aspects of the postintervention changes in attitude and behaviour. Approximately half of participants reported having gained new information about mental health and treatment options from the short film and 56% agreed that the film helped them to understand their own symptoms better, and potentially even to recognize their symptoms as belonging to a traumatic response for the first time. This is particularly interesting since the present sample is highly educated, with an average of 12.3 years of school education. Participants described the realization that other people experience the same struggles as they do. Feelings of hope, understanding, relief, motivation, courage, and a reduction of shame and desperation were reported, as well as the wish for social connection after watching the film. These could be important aspects to assess in future intervention studies.

Considering potential risks of the interventions, it is important to state that one-fifth of participants reported negative emotions such as helplessness or fear as a reaction to the film, and four people stopped watching the film because of these emotional problems. Qualitative interviews revealed that reminders of war and flight in the film were a cause of negative emotions. Negative emotions such as fear of reminders of trauma and hopelessness have previously been documented in other samples of forcibly displaced people as well (Tran et al., 2021) and can therefore be generally interpreted as frequent burdens, but also as potential side effects of psychoeducational interventions. Such negative effects have also been reported in other studies investigating psychoeducational films (Nickerson et al., 2020; von Maffei et al., 2015). However, in contrast to the present study, previous studies often used films in addition to personal contact or additional interventions. Given the reported negative responses, it may be beneficial to use psychoeducational films in a stepped-care context, where more specialized professional help is available when needed.

#### **4.1. Limitations and implications for future research**

Several limitations should be considered when interpreting the results. Importantly, the present study can only assess intrapersonal change over time. Because of the uncontrolled study design, we cannot rule out that the reported changes may be a general

effect of time. Since the present study confirms the feasibility and acceptance of the intervention and suggests emotional, cognitive, and behavioural changes, the link between these changes and the intervention should be tested in a randomized controlled trial.

When interpreting the present results, it is also important to consider that the study's sample was well educated, with an average of 12 years of schooling. This may be due to the online setting, which may have created a selection bias which limits the generalizability of the study's results to less educated populations. However, this selection bias may be present when trying to reach forcibly displaced people with an online intervention outside the evaluation process as well.

Moreover, the majority of participants came from Syria (53.7%) and were male (72.4%). This distribution is similar to the general population of forcibly displaced people in Germany and common for current samples in this research area (Bär et al., 2021; Lindheimer et al., 2020). Even though, in the present sample and previous research (Livingston & Boyd, 2010), no gender differences in self-stigma were found, gender differences in help seeking are a common finding (Maguen et al., 2012; Marshall et al., 2006). Therefore, future studies should be conducted with other populations.

Based on the findings of this study, we would recommend that a longitudinal randomized controlled trial be conducted to examine potential long-term effects further, especially with a focus on the implementation of minimal interventions into stepped-care models that also include larger community-focused strategies to reduce mental health stigma.

## **5. Conclusion**

The present study suggests that watching the newly developed film 'Coping with Flight and Trauma' is associated with emotional, cognitive, and behavioural changes, including short-term reduction in self-stigma, increased openness towards mental health services, and increased help-seeking behaviour. Therefore, web-based, psychoeducational short films can be seen as helpful tools to reduce barriers to accessing mental health services in forcibly displaced people.

## **Data availability statement**

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author, JKD, upon reasonable request. The data are not publicly available owing to privacy reasons.

## Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

## Funding

This work was supported by the Baden-Wuerttemberg Ministry of Science, Research and Arts. The first author was supported by the Friedrich Ebert Foundation. We acknowledge support by the Open Access Publishing Fund of the University of Tübingen.

## ORCID

J. K. Denking  <http://orcid.org/0000-0002-9032-963X>

K. Murray  <http://orcid.org/0000-0002-9935-8170>

S. Zipfel  <http://orcid.org/0000-0003-1659-4440>

## References

- Bär, J., Pabst, A., Röhr, S., Lupp, M., Renner, A., Nagl, M., ... König, H.-H. (2021). Mental health self-stigma of Syrian refugees with posttraumatic stress symptoms: Investigating sociodemographic and psychopathological correlates. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 1113.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2014). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *arXiv preprint arXiv: 1406.5823*.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 12*, 1–9.
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., ... Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine, 17*(9), e1003337.
- Boettcher, V. S., Nowak, A. C., & Neuner, F. (2021). Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1910407.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*(6), 908–911.
- Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Rajouria, A., & Nickerson, A. (2019). Barriers to mental health help-seeking amongst refugee men. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(15), 2634.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614–625.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denking, J. K., Rometsch, C., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Pham, P., ... Junne, F. (2021). Longitudinal changes in posttraumatic stress disorder after resettlement among Yazidi female refugees exposed to violence. *JAMA Network Open, 4*(5), e2111120–e2111120.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.
- Gwozdziejewicz, N., & Mehl-Madrona, L. (2013). Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente Journal, 17*(1), 70.
- Haaga, D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 547–548.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia, 187*(7), S26.
- Kip, A., Priebe, S., Holling, H., & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(4), 489–503.
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Ashby, J. S., Templin, T., Ramaswamy, V., & Mohanesh, J. (2014). The traumatogenic dynamics of internalized stigma of mental illness among Arab American, Muslim, and refugee clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 20*(4), 250–266.
- Kira, I. A., Ramaswamy, V., Lewandowski, L., Mohanesh, J., & Abdul-Khalek, H. (2015). Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population. *Transcultural Psychiatry, 52*(5), 636–658.
- Kiss, V., Pim, C., Hemmelgarn, B. R., & Quan, H. (2013). Building knowledge about health services utilization by refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*(1), 57–67.
- Kliem, S., Mößle, T., Klatt, T., Fleischer, S., Kudlacek, D., Kröger, C., ... Wiltink, J. (2016). Psychometric evaluation of an Arabic version of the PHQ-4 based on a representative survey of Syrian refugees. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 66*(9–10), 385–392.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA*. Basel, Switzerland: Springer.
- Kuznetsova, A., Brockhoff, P. B., & Christensen, R. H. (2017). Lmertest package: Tests in linear mixed effects models. *Journal of Statistical Software, 82*(1), 1–26.
- Lindheimer, N. C., Karnouk, C., Hahn, E., Churbaji, D., Schilz, L., Rayes, D., ... Böge, K. (2020). Exploring the representation of depressive symptoms and the influence of stigma in Arabic-speaking refugee outpatients. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 1192.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(1), 363–385.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150–2161.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., ... Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders, 122*(1–2), 86–95.
- Maguen, S., Cohen, B., Cohen, G., Madden, E., Bertenthal, D., & Seal, K. (2012). Gender differences in health service utilization among Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Women's Health, 21*(6), 666–673.
- Marshall, G. N., Berthold, S. M., Schell, T. L., Elliott, M. N., Chun, C.-A., & Hambarsoomians, K. (2006). Rates and correlates of seeking mental health services among Cambodian refugees. *American Journal of Public Health, 96*(10), 1829–1835.
- Mayring, P. (2010). Qualitative inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der*



- Psychologie* (pp. 601–613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mills, H., Mulfinger, N., Raeder, S., Ruesch, N., Clements, H., & Scior, K. (2020). Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A systematic literature review. *Psychiatry Research*, 284, 112702.
- Mullen, P. R., & Crowe, A. (2017). Self-Stigma of mental illness and help seeking Among school counselors. *Journal of Counseling & Development*, 95(4), 401–411.
- Nickerson, A., Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Bryant, R. A., Christensen, H., & Liddell, B. J. (2020). ‘Tell your story’: A randomized controlled trial of an online intervention to reduce mental health stigma and increase help-seeking in refugee men with posttraumatic stress. *Psychological Medicine*, 50(5), 781–792.
- Norredam, M., Krasnik, A., Sorensen, T. M., Keiding, N., Michaelsen, J. J., & Nielsen, A. S. (2004). Emergency room utilization in Copenhagen: A comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), 53–59.
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., ... Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 12(2), e0171030.
- Prüfer, P., & Rexroth, M. (2005). Kognitive interviews.
- Questback, G. (2021). *Unipark EFS survey*. In Questback GmbH Cologne, Germany. <https://www.unipark.com>.
- R Core Team. (2021). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Roehr, S., Wittmann, F., Jung, F., Hoffmann, R., Renner, A., Dams, J., Grochtdreis, T., Kersting, A., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2019). Strategies to Recruit refugees for intervention studies: Lessons learned from the “sanadak” trial. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 69(12), 484–489.
- Röhr, S., Jung, F. U., Pabst, A., Grochtdreis, T., Dams, J., Nagl, M., ... Kersting, A. (2021). A self-help app for Syrian refugees with posttraumatic stress (Sanadak): Randomized controlled trial. *JMIR MHealth and UHealth*, 9(1), e24807.
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851–863.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261–268.
- Siegrist, P., & Maercker, A. (2010). Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Trauma & Gewalt*, 3, 208–213.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O’Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132.
- Tibubos, A. N., & Kröger, H. (2020). A cross-cultural comparison of the ultrabrief mental health screeners PHQ-4 and SF-12 in Germany. *Psychological Assessment*, 32(7), 690–697.
- Tran, V. M., Fozouni, L., Denking, J. K., Rometsch, C., Junne, F., Vinck, P., & Pham, P. (2021). Factors influencing utilization and perception of health care: A qualitative study among traumatized Yazidi refugees in Germany. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–12.
- Tsang, H. W., Ching, S., Tang, K., Lam, H., Law, P. Y., & Wan, C. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1–2), 45–53.
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531.
- UNHCR. (2013). Operational guidance mental health psychosocial support programming for refugee operations.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). *Figures at a glance*. <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50.
- von Maffei, C., Görge, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C. (2015). Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: A pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–7.