



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Psychische Gesundheit von syrischen Geflüchteten in
Österreich: Konzepte psychischer Erkrankungen und
Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer
Unterstützungsangebote“

verfasst von / submitted by

Julia Pleva, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna, 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Priv. Doz. Dr.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Dipl.-Psych. Ricarda Nater-Mewes

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die mich während des Schreibprozesses meiner Masterarbeit unterstützt und motiviert haben. Zunächst gilt mein aufrichtiger Dank meinen beiden Betreuerinnen Priv. Doz. Dr.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ricarda Nater-Mewes sowie Rojan Amini-Nejad, die meine Masterarbeit betreut und korrigiert haben und mir immer mit hilfreichen Anmerkungen und konstruktiver Kritik geholfen haben. Mein Dank gilt vor allem Rojan, für ihre unentwegte Unterstützung, ihre bereichernden Informationen und Anregungen sowie ihre Motivation, Ermutigung und schnellen Rückmeldungen, unabhängig von der Angelegenheit und sogar außerhalb ihrer Arbeitszeiten. Meinen Freundinnen und Studienkolleginnen Emilia, Meike und Pia danke ich für die emotionale und motivationale Unterstützung während des gesamten Studiums, aber vor allem während des letzten Jahres. Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mir durch ihre Unterstützung das Studium erst ermöglicht haben und immer ein offenes Ohr für mich hatten.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Begriffsdefinitionen	6
Theoretischer Hintergrund	7
Psychische Gesundheit von Geflüchteten	7
Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten	7
Krankheitskonzepte	8
Krankheitskonzepte psychischer Erkrankungen im kulturellen Vergleich	11
Krankheitskonzepte psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten	14
Krankheitskonzepte von PTBS und Depressionen bei syrischen Geflüchteten	14
Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote	15
Kulturelle Barrieren.....	16
Strukturelle Barrieren	17
Fragestellung.....	18
Methodik	20
Studiendesign	20
Verfahren.....	21
Stichprobe.....	21
Teilnahmekriterien	21
Rekrutierung.....	21
Studienablauf.....	22
Operationalisierung	23
Auswertung	25
Ergebnisse	27
Beschreibung der Fokusgruppen	27
Deskriptive Stichprobe	27
Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen.....	29
Konzepte von PTBS und Depression	29
Identität.....	29
Ursachen.....	30
Verlauf.....	32
Konsequenzen	32
Gestaltung des Hilfesuchverhaltens bei Vorliegen einer PTBS oder Depression.....	33
Informelle Behandlungsmethoden	33

Formelle Behandlungsmethoden	34
Individuelle Bewältigungsmöglichkeiten	35
Auswirkungen keiner Behandlung	36
Einfluss von Religion	37
Gründe für und gegen die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote ...	37
Gründe für die Inanspruchnahme.	37
Gründe gegen die Inanspruchnahme	39
Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote	40
Verkürzung der Wartezeiten	40
Erleichterung des Zugangs zu psychosozialer Unterstützung	41
Möglichkeit auf Arbeit und Bildung	41
Maßnahmen gegen unfaire politische Behandlung	41
Erleichterung der Familienzusammenführung	42
Verbesserung des Asylverfahrens	42
Verbesserung der Unterbringung	42
Diskussion	43
Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den bisherigen Wissensstand	43
Interpretation und Implikationen für die Praxis	46
Limitationen	49
Ausblick für zukünftige Forschung	49
Conclusio	50
Literaturverzeichnis	51
Tabellenverzeichnis	58
Appendix	59
Appendix A - Flyer	59
Appendix B - Semistrukturierter Interviewleitfaden	60
Appendix C - Fallvignetten	63
Appendix D - Abstract Deutsch	65
Appendix E - Abstract Englisch	66

Einleitung

Laut dem United Nation High Commissioner for Refugees (UNHCR) waren Ende 2022 weltweit 108,4 Millionen Menschen gezwungen ihre Heimat aufgrund von Verfolgung, Krieg, Gewalt oder Menschenrechtsverletzungen zu verlassen. Mehr als die Hälfte (52%) aller Flüchtlinge und Menschen, die internationalen Schutz bedürfen, kamen dabei aus den drei Ländern Syrien, Ukraine oder Afghanistan (UNHCR, 2022). Syrien ist seit 2011 besonders stark von internen Konflikten und bewaffneten Auseinandersetzungen betroffen (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [OCHA], 2023). Allein im Jahr 2023 wurden in Österreich bisher über 43.000 Asylanträge gestellt, von denen die meisten Asylsuchenden aus Syrien kamen (Bundesministerium für Inneres [BMI], 2023).

Der Prozess der Flucht birgt vor, während und nach der Flucht verschiedene Stressoren, die das Risiko, eine psychische Erkrankung wie Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen zu entwickeln, erhöhen (Blackmore et al., 2020). Geflüchtete Menschen sind daher eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe (Miller & Rasmussen, 2017) und zählen zu den am stärksten gefährdeten Gruppen in unserer Gesellschaft (Priebe et al., 2016). Doch trotz des erhöhten Bedarfs an psychosozialer Unterstützung, ist die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote in den Aufnahmeländern gering. Ein relevanter Faktor, der einen Einfluss auf den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf und somit auf die tatsächliche Inanspruchnahme hat, ist das subjektive Konzept über psychische Erkrankungen (Byrow et al., 2020). Krankheitskonzepte beinhalten Erklärungen und Annahmen über eine Krankheit und können auf die Bewältigungsstrategie und die Wahl der Behandlungsmethode einwirken (Leventhal et al., 1997). Bisherige Forschung zeigte, dass sich Krankheitskonzepte zwischen und innerhalb kultureller Kontexte erheblich unterscheiden können (Byrow et al., 2020). Neben unterschiedlichen Erwartungen an eine Behandlung (Weigl & Gaiswinkler, 2019), stellen mangelndes Wissen über vorhandene Unterstützungsangebote, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie die Sprache erhebliche Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote für syrische Geflüchtete dar (Renner et al., 2020).

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es daher, vorhandene Konzepte psychischer Erkrankungen und Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote syrischer Geflüchteter in Österreich zu untersuchen.

Im Folgenden werden der theoretische Hintergrund sowie der aktuelle Stand der Forschung dargestellt. Anschließend werden die Forschungsfragen der vorliegenden Masterarbeit sowie Methodik und Ergebnisse beschrieben. Zuletzt werden in der Diskussion

die Ergebnisse sowie davon abzuleitende Implikationen für die Praxis und Limitationen der Studie mit einem Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten diskutiert.

Begriffsdefinitionen

Die Begriffe *Asylsuchende* und *Flüchtlinge* werden sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in der wissenschaftlichen Literatur häufig synonym verwendet. Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres rechtlichen Aufenthaltsstatus. Aufgrund der unterschiedlichen Stellung im Asylverfahren können möglicherweise verschiedene Probleme und Sorgen auftreten, weswegen es wichtig ist, die Population richtig zu benennen.

Der Begriff Asylsuchende bezeichnet „Menschen, die in einem fremden Land Asyl, also Schutz vor Verfolgung, suchen und deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist....Ob ein_eine Asylsuchende_r in Österreich“ einen positiven Asylbescheid erhält „und damit als anerkannter Flüchtling in Österreich bleiben darf oder einen anderen Schutz (den sogenannten subsidiären Schutz) bekommt, wird im Asylverfahren entschieden“ (UNHCR, 2018, S. 4). Subsidiär Schutzberechtigte und Flüchtlinge verbindet „häufig ein sehr ähnliches Schicksal, auch wenn die Gründe ihrer Flucht nicht unter die Definition der Genfer Flüchtlingskonvention fallen“ (UNHCR, 2018, S. 6).

Da in der vorliegenden Studie sowohl Asylsuchende als auch Flüchtlinge untersucht wurden, wird im weiteren Verlauf dieser Masterarbeit der Begriff *Geflüchtete* verwendet, um alle Gruppen miteinzuschließen. Abweichungen von der Verwendung dieses Begriffs gibt es nur dann, wenn eine erwähnte Studie explizit an einer Stichprobe von Asylsuchenden oder Flüchtlingen durchgeführt wurde.

Theoretischer Hintergrund

Psychische Gesundheit von Geflüchteten

Menschen mit Fluchthintergrund sind aufgrund erlebter traumatischer und belastender Ereignisse sowohl in den Heimatländern als auch im Verlauf der erzwungenen Vertreibung eine besonders vulnerable Gruppe (Blackmore et al., 2020). Zu traumatischen Ereignissen vor der Flucht zählen unter anderem die Konfrontation mit Verfolgung aus politischen oder religiösen Gründen und bewaffneten Konflikten, die das Erleben von Folter, Inhaftierung, Verletzung der Menschenrechte bis hin zum Miterleben des Todes von Familienmitgliedern bedeuten können (Borho et al., 2020). Insbesondere Gewalterfahrungen vor der Flucht stellen einen Risikofaktor für psychische Belastungen und die Entwicklung einer PTBS dar (Arnetz et al., 2013). Während der Flucht können Menschen enormen physischen und psychischen Stressoren ausgesetzt sein, unter anderem starker körperlicher Belastung, andauernder Angespanntheit, Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt, ansteckenden Krankheiten sowie Vertrauensverlusten und der Trennung von Familienangehörigen (Priebe et al., 2016). Auch nach Ankunft im Aufnahmeland ist der psychische Stress hoch (Schick et al., 2018). Die Integration in ein neues Lebensumfeld birgt potenzielle sozioökonomische, soziale und zwischenmenschliche Stressfaktoren sowie migrationsbedingte Hindernisse, die mit einer schlechten psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht werden (Bogic et al., 2015). Am häufigsten berichten Geflüchtete von Postmigrationsstressoren wie Sprachproblemen und damit einhergehenden Kommunikationsschwierigkeiten (Bogic et al., 2015; Schick et al., 2016), geringer sozialer Integration und fehlender sozialer Unterstützung, Sorgen um in der Heimat zurückgelassene Familienmitglieder (Hassan et al., 2016; Schick et al., 2016) sowie lang andauernde Asylverfahren, die Geflüchtete in einem ständigen Zustand der Ungewissheit und Angst über die Zukunft lassen (Hajak et al., 2021). Erfahrungen, die nach der Flucht gemacht werden, können die psychische Gesundheit Geflüchteter oft stärker beeinflussen als traumatische Ereignisse vor und während der Flucht (Lie, 2002). In einer Befragung zur Untersuchung der psychischen Belastung von kürzlich in Österreich angekommenen Geflüchteten aus Syrien, Afghanistan und Irak zeigte sich, dass ungefähr ein Drittel (32%) Symptome aufweist, die auf eine mittelschwere bis schwere psychische Erkrankung hindeuten (Leitner et al., 2019).

Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten

Die Bewältigung der genannten Stressoren im Kontext begrenzter sozialer Unterstützung und das damit einhergehende Risiko, eine psychische Erkrankung zu

entwickeln (Blackmore et al., 2020), zeigt sich in stark erhöhten Prävalenzraten von PTBS, Depressionen und Angststörungen bei Geflüchteten (Slewa-Younan et al., 2015). Die Untersuchung der drei häufigsten psychischen Erkrankungen in Geflüchtetenpopulationen weltweit ergab Prävalenzraten von 31,46% für PTBS, 31,5% für Depressionen und 11% für Angststörungen (Blackmore et al., 2020). Mit Fokus auf syrische Geflüchtete, die in westliche Länder mit hohem Einkommen (in der Studie Europa, Nordamerika und Australasien) geflüchtet sind, zeigten Nguyen et al. (2022) in ihrer Meta-Analyse ebenfalls hohe Prävalenzraten mit 31% für PTBS und Depressionen. Das hohe Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, wird vor allen im Vergleich mit den Prävalenzraten der österreichischen Bevölkerung deutlich, in der die Lebenszeitprävalenz für PTBS zwischen 1-7% liegt (Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie [Oent], 2018) und für Depressionen 6,5% beträgt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsument_innenschutz [BMASGK], 2019).

Aufgrund des hohen Risikos für psychische Erkrankungen wie PTBS und Depressionen haben Geflüchtete einen erhöhten Bedarf an psychosozialer Unterstützung. Doch trotz der hohen psychischen Belastung, ist die tatsächliche Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangeboten in den Aufnahmeländern gering. Neben strukturellen Barrieren wie mangelnden Sprachkenntnissen und fehlendem Wissen über vorhandene Unterstützungsangebote, stellen kulturelle Barrieren und damit eingeschlossen kulturell geprägte Krankheitskonzepte entscheidende Faktoren dar, die die Wahl der Behandlungsmethode und damit die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote beeinflussen (Byrow et al., 2020).

Im Folgenden werden zunächst allgemeine theoretische Modelle zu Krankheitskonzepten erläutert. Darüber hinaus werden aktuelle Befunde zu vorherrschenden Krankheitskonzepten in verschiedenen kulturellen Kontexten sowie Konzepte psychischer Erkrankungen von syrischen Geflüchteten unter Einbeziehung ihres Einflusses auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote diskutiert.

Krankheitskonzepte

Krankheitskonzepte (engl. *illness perceptions*) sind subjektive kognitive Modelle, die die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten erklären. Diese Konzepte beinhalten Annahmen über Symptome, Ursachen, Verlauf, Konsequenzen und Kontrollierbarkeit einer physischen oder psychischen Erkrankung. Vorhandene Krankheitskonzepte können sich zwischen Individuen unterscheiden, da neben persönlichen Erfahrungen und individuellen Überzeugungen auch vorhandene Informationen über eine Krankheit eine Rolle bei der

Entstehung der Konzepte spielen. Besonders relevant sind Krankheitskonzepte im Kontext der Bewältigung von Krankheiten, da sie die Basis bilden, von der Personen Bewältigungsstrategien ableiten, die sie als wirksam erachten. Das vorhandene Konzept einer Krankheit beeinflusst daher auch, ob und welche Behandlungsmethoden in Anspruch genommen werden (Weinman & Petrie, 1997). Personen mit derselben Krankheit können daher unterschiedliche Konzepte über ihren Zustand haben, was zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen führen kann, da keine oder andere Behandlungen in Anspruch genommen werden (Petrie & Weinman, 2006). Die Forschung zu Krankheitskonzepten legt einen besonderen Fokus auf die individuellen Charakteristika, die unterschiedlichen Krankheiten zugeschrieben werden (z.B. psychische Erkrankungen, Krebs, Herzerkrankungen etc.), aber auch auf die Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitskonzepten und der Bewältigung von Krankheiten sowie der Inanspruchnahme von Behandlungsmethoden (Weinman & Petrie, 1997).

Ein theoretisches Modell, das subjektiven Krankheitskonzepten eine zentrale Funktion für die gesundheits- und krankheitsbezogene Selbstregulation zuschreibt, ist das Common-Sense-Selbstregulationsmodell (CSM; engl. *common-sense model of self-regulation of health and illness*) von Leventhal et al. (1980; zitiert nach Hagger & Orbell, 2022). Das Modell beschreibt dynamische Prozesse, mit denen Menschen gesundheitliche Bedrohungen wahrnehmen, sie interpretieren und auf sie reagieren (Hagger & Orbell, 2022). Das Modell geht dabei von parallel ablaufenden kognitiven und emotionalen Regulationsprozessen aus, die als Reaktion auf gesundheitlich relevante Reize ausgelöst werden. Diese Reize können somatische Empfindungen (z.B. Schmerzen, Müdigkeit), Abweichungen von der normalen Körperfunktion, medizinische Diagnosen oder die Beobachtung von Krankheiten bei anderen Menschen sein. Die Prozesse beeinflussen maßgeblich das individuelle Gesundheitsverhalten und spielen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Krankheiten und gesundheitlichen Bedrohungen (Leventhal et al., 2016).

Der kognitive Regulationsprozess des CSM beginnt mit dem Vergleich einer gesundheitlichen Bedrohung mit bereits bestehendem Wissen und früheren Erfahrungen mit Krankheiten und Behandlungen, wodurch ein subjektives Krankheitskonzept entsteht (Leventhal et al., 2016). Dieses Krankheitskonzept setzt sich aus Annahmen zu den fünf Komponenten Identität, Verlauf, Konsequenzen, Ursachen und Kontrolle zusammen. Die Modellkomponente *Identität* beinhaltet Annahmen zu der Bezeichnung der Krankheit und die Wahrnehmung damit verbundener Symptome. Annahmen zum *Verlauf* beziehen sich auf die Einschätzung der zeitlichen Dauer, die von akut bis chronisch reicht. Annahmen zu

Konsequenzen beinhalten die Einschätzung der Schwere der Krankheit und möglichen Folgen der Krankheit auf Arbeit, Familie oder Lebensstil. *Ursachen* beinhalten Attributionen möglicher Gründe für die Krankheit bzw. warum sie entwickelt wurde. Die Komponente *Kontrolle* bewertet die eigene Kontrollmöglichkeit, also inwieweit die Krankheit von der betroffenen Person selbst gesteuert und wie gut sie durch eine Behandlung kontrolliert werden kann (Leventhal et al., 2016; Petrie & Weinman, 2006). Überzeugungen über eine Behandlung sind ein wichtiger Bestandteil des kognitiven Krankheitskonzepts. Von diesen Überzeugungen ausgehend, werden potentielle Behandlungsmaßnahmen sowie Bewältigungsmöglichkeiten abgeleitet (Leventhal et al., 2016). Die Wahrnehmung der Wirksamkeit einer Behandlung trägt also dazu bei, dass sich eine betroffene Person für eine bestimmte Behandlungsmethode entscheidet oder ein bestimmtes Bewältigungs- bzw. Hilfesuchverhalten zeigt. Unter dem Begriff Hilfesuchverhalten (engl. *help-seeking behavior*) versteht man die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote im medizinischen oder psychologischen Bereich als Reaktion auf vorangegangene Symptome. Das Hilfesuchverhalten umfasst Selbstbehandlungsversuche, Hilfe von Bezugspersonen, Inanspruchnahme informeller Behandlungsmethoden und die Inanspruchnahme formeller Behandlungsmethoden wie professionellen Unterstützungsangeboten (Klauer, 2023).

Der zweite Prozess des CSM, der emotionale Regulationsprozess, umfasst die Steuerung von Gefühlen wie Angst und Wut als Reaktion auf eine gesundheitliche Bedrohung, das Bewältigungsverhalten zur Reduktion dieser Gefühle sowie die Bewertung des Bewältigungsverhaltens auf seine Wirksamkeit. Neben Feedbackschleifen, die innerhalb des Modells ablaufen, werden subjektive Krankheitskonzepte durch eigene Erfahrungen, soziale Vergleiche, Beobachtungem, Informationen von Freund_innen und Familie sowie durch kulturelle Annahmen über Krankheitsbilder beeinflusst (Leventhal et al., 2016).

Hagger & Orbell (2022) legen in einer Erweiterung des CSM den Fokus auf die Spezifizierung zusätzlicher Konstrukte und Prozesse, um die Auswirkungen der Wahrnehmung von Gesundheitsbedrohungen auf Bewältigungsmaßnahmen und gesundheitsbezogene Ergebnisse zu erklären. Das erweiterte Modell enthält beispielsweise Details darüber, wie subjektive Krankheitskonzepte und die Wahrnehmung von Behandlungsmaßnahmen mit gesundheitsbezogenen Folgen zusammenhängen. Es bedarf jedoch nach weiterer Forschung, um die Thesen des erweiterten Modells zu prüfen.

Bei der Überprüfung des CSM nach Leventhal et al. (2016) zeigte sich in einer Meta-Analyse von Hagger & Orbell (2003), dass die Wahrnehmung einer Krankheit als heilbar bzw. kontrollierbar in signifikant positivem Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden,

sozialer Funktionsfähigkeit und Vitalität und in negativem Zusammenhang mit psychischer Belastung und dem Krankheitszustand steht. Das ergab auch eine aktuelle Meta-Analyse von Cannon et al. (2022). Die Autor_innen kritisierten jedoch, dass Untersuchungen des CSM häufig in Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten erfolgen und betonen die Relevanz des Modells für psychische Erkrankungen. In ihrer Analyse fokussierten sie sich daher auf die Folgen psychischer Erkrankungen. Die Untersuchung ergab, dass das Konzept psychischer Erkrankungen ein entscheidender Indikator für den Verlauf einer psychischen Erkrankung ist, auch in Bezug auf den Schweregrad der Symptome und die Lebensqualität der betroffenen Person. Die als protektiven Krankheitskonzepte bezeichneten Konzepte umfassen die Wahrnehmung einer Krankheit als kontrollierbar, Behandlungen als hilfreich und beinhalten Verständnis für die psychische Erkrankung. Protektive Krankheitskonzepte zeigten geringe bis große korrelative Zusammenhänge mit gesundheitsförderlichen Folgen psychischer Erkrankungen. Konzepte, die psychische Erkrankungen wie Psychosen, bipolare Störungen, Essstörungen und Depressionen als chronisch, kontrollierbar und mit negativen Konsequenzen abbilden, zeigten einen Zusammenhang mit dem Hilfesuchverhalten sowie der Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten (Baines & Wittkowski, 2013).

Im Kontrast dazu umfassen bedrohungsbezogene Krankheitskonzepte die Wahrnehmung einer Krankheit als Gefahr für das Individuum, da sie beispielsweise starke Symptome hervorruft, lang andauert und erhebliche Konsequenzen mit sich bringt. Bedrohungsbezogene Krankheitskonzepte zeigten einen starken korrelativen Zusammenhang mit schlechteren gesundheitlichen Folgen bei psychischen Erkrankungen. Je nachdem, ob durch das vorhandene Krankheitskonzept die vorliegende psychische Erkrankung als kontrollierbar wahrgenommen wird, werden dementsprechend Behandlungen in Anspruch genommen oder nicht. In weiterer Folge haben diese Entscheidungen einen Einfluss auf die Folgen der psychischen Erkrankung, beispielsweise durch eine Zunahme der Symptome und dadurch einer Verschlechterung der Lebensqualität (Cannon et al., 2022).

Krankheitskonzepte psychischer Erkrankungen im kulturellen Vergleich

Konzepte psychischer Erkrankungen können sich je nach kulturellem Kontext voneinander unterscheiden (Leventhal et al., 2016). Aus westlicher Perspektive wird versucht, psychische Erkrankungen vor allem auf einer wissenschaftlichen Grundlage zu erklären. Dabei werden Klassifikationssysteme wie das ICD-11 verwendet, um psychische Erkrankungen einzuteilen und auf Basis dieser zu behandeln (Knappe & Wittchen, 2020). Es soll zunächst ein Blick auf vorherrschende Konzepte von PTBS und Depressionen sowie adäquaten Behandlungsmöglichkeiten der psychischen Erkrankungen aus westlicher Sicht

geworfen werden, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen kulturellen Kontexten und Geflüchtetenpopulationen zu verdeutlichen.

Dem ICD-11 zufolge wird ein Trauma definiert als „Ereignis... von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß“ (Maercker & Augsburger, 2019, S. 15). Das Störungsbild einer PTBS zeichnet sich dabei insbesondere durch die Symptomtrias aus Intrusion bzw. Wiedererleben (beispielsweise durch Flashbacks oder Alpträume, Gefühle der Angst etc.), Vermeidung und Wahrnehmung gegenwärtiger Bedrohung bzw. Hyperarousal aus. Die Ursachen sind nach ICD-11 multifaktoriell und können verschiedene soziale wie psychologische Faktoren beinhalten, wie beispielsweise eine frühe Traumatisierung in der Kindheit, Missbrauch oder jüngerer Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung (Maercker & Augsburger, 2019). Die Behandlungsmethoden der Wahl für PTBS aus westlicher Perspektive stellen psychotherapeutische Interventionen bzw. psychologische Behandlungen dar. Es gibt mittlerweile ein breites Spektrum an wirksamen Therapieformen, darunter die psychodynamische Traumatherapie, kognitive Verhaltenstherapie oder körperbezogene Therapien (Maercker, 2019).

Depressionen zeichnen sich nach ICD-11 durch Symptome wie Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, Verzweiflung, einem Gefühl von Hilflosigkeit, einem negativen Selbstbild, Appetit- und Schlafstörungen bis hin zu Suizidgedanken aus (De Vries & Petermann, 2023; Wolfersdorf, 2011). Als Ursachen werden biologische Faktoren wie Prädisposition und Persönlichkeit oder biologische Auslöser wie chronische Krankheiten gesehen, aber auch kritische Lebensereignisse wie Trennung, Tod oder andere Verlustereignisse sowie frühe traumatische Erlebnisse wie Missbrauch in der Kindheit (De Vries & Petermann, 2023). Adäquate Behandlungen bei Depressionen nach westlicher Perspektive sind psychiatrische und psychotherapeutische Therapien, bei denen man zwischen biologisch-körperbezogenen, psychotherapeutischen und psychoedukativen sowie soziotherapeutischen Interventionen unterscheiden kann. Neben der Psychotherapie gibt es die medikamentöse Behandlung und den Einsatz von Psychopharmaka. Weitere unterstützende Behandlungsformen sind Kunst- und Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie oder Körpertherapie (Wolfersdorf, 2011).

Die Überprüfung des CSM bei psychischen Erkrankungen an einer westlichen Stichprobe, vorwiegend aus dem Vereinten Königreich, zeigten Baines und Wittkowski (2013), dass Konzepte psychischer Erkrankungen in einem Zusammenhang stehen mit der Selbstregulation und den Folgen psychischer Erkrankungen. Die Studie untersuchte Krankheitskonzepte zu Psychosen, bipolaren Störungen, Essstörungen und Depressionen. Die Konzepte zu unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zeigten große Übereinstimmungen

und wurden allgemein als zyklisch und chronisch betrachtet mit schwerwiegenden negativen Folgen. Als Ursachen erwiesen sich Stress, Sorgen, das eigene Verhalten sowie ein geringes Selbstwertgefühl. Der Fokus auf das Konzept von Depression ergab, dass der psychischen Erkrankung viele Symptome und negative Folgen zugeschrieben wurden, sie aber als kontrollier- und heilbar empfunden wurde. Neben den genannten Ursachen, die mit anderen psychischen Erkrankungen übereinstimmten, zeigten sich für Depression körperliche Beschwerden und Beziehungsprobleme als mögliche Ursachen. Eine größere wahrgenommene persönliche Kontrolle war verbunden mit einem geringeren Schweregrad der Depression.

Der Vergleich von westlichen und nicht-westlichen kulturellen Kontexten ergab, dass sich die Bezeichnung des Problems (Identität) sowie der Schweregrad der psychischen Erkrankung (Konsequenzen) nicht unterschieden, die wahrgenommenen Ursachen jedoch deutliche Abweichungen zeigten. Das Ziel der Studie von McCabe und Priebe (2004) war der Vergleich der Krankheitskonzepte von Menschen aus vier unterschiedlichen kulturellen Kontexten. Die Stichprobe umfasste Menschen mit der Diagnose Schizophrenie aus Afrokaribik, Bangladesch, Westafrika (Nigeria und Ghana) und *weißen*¹ Menschen aus dem Vereinten Königreich. In der Gegenüberstellung von biologischen und übernatürlichen Ursachen zeigte sich, dass *Weiß*e häufiger biologische Ursachen angaben als die drei nicht-*weißen* Gruppen. *Weiß*e nahmen auch soziale Ursachen häufiger an als übernatürliche Ursachen im Vergleich zu Personen aus Bangladesch und Westafrika, die Schizophrenie eher übernatürliche Ursachen zuschrieben. Der Vergleich von biologischen und sozialen Ursachen ergab, dass *Weiß*e biologische Ursachen vor sozialen Ursachen annahmen, anders als Personen aus Afrokaribik und Bangladesch, die eher soziale Ursachen angegeben haben. Der Vergleich der Ursachenzuschreibung machte deutlich, dass sich die drei nicht-*weißen* Gruppen im Wesentlichen nicht voneinander unterschieden, sich allerdings durchgängig Unterschiede zwischen *weißen* und nicht-*weißen* Gruppen zeigten. Obwohl sich die Krankheitskonzepte nach kulturellem Kontext unterschieden, variierten sie auch innerhalb des jeweiligen Kontextes erheblich.

Dass sich Konzepte psychischer Erkrankungen auch in nicht-westlichen kulturellen und sprachlich verschiedenen Kontexten voneinander unterscheiden, macht der Vergleich von kongolesisch-, arabisch- und mandarinsprachigen Gemeinschaften deutlich. In allen drei Gruppen wurde im Allgemeinen zwischen einer psychischen Erkrankung als Zustand und

¹ *Weiß* wird in diesem Zusammenhang kursiv gesetzt, um hervorzuheben, dass es sich nicht um eine Farbbezeichnung, sondern eine politische Beschreibung handelt.

psychischen Problemen als Folge von Stressfaktoren unterschieden. Diese Unterscheidung ist vor allem für arabischsprachige Teilnehmende wichtig, da die Annahme von psychischen Erkrankungen als hoffnungslos, chronisch und unheilbar weit verbreitet ist. Im Vergleich zu kongolesisch- und mandarinsprachigen Personen, wurden übernatürliche und spirituelle Ursachen von arabischsprachigen Personen seltener beschrieben. In allen drei Gruppen wurde die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen als ein häufiges Problem genannt, insbesondere als Barriere für die Hilfesuche (Slewa-Younan et al., 2022).

Krankheitskonzepte psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten

Bisherige Forschungsergebnisse zu Konzepten psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten zeigen deutlich, dass durch die Fluchterfahrung andere Ursachen für psychische Erkrankungen wahrgenommen werden als in westlichen oder nicht-westlichen Kulturkreisen ohne Fluchterfahrung. So nennen afghanische Geflüchtete in den USA als Ursachen für eine Depression das erlebte Kriegstrauma, die Trennung von der Familie sowie Postmigrationsstressoren wie kulturelle Konflikte und sprachliche Probleme. Die Symptome einer Depression werden als sehr belastend empfunden und umfassten Stimmungsschwankungen, veränderte kognitive Fähigkeiten, Vermeidungsverhalten sowie somatische Beschwerden. Als mögliche Behandlungsmaßnahmen, die zu einer Verbesserung der Situation führen würden, wurden die Unterstützung durch die Gemeinschaft sowie Gebete und die Familienzusammenführung genannt (Alemi et al., 2016). Der Vergleich von Asylsuchenden aus Subsahara-Afrika (vorwiegend aus Eritrea, Somalia und Kamerun) und Personen aus Deutschland ohne Fluchthintergrund zeigte, dass Asylsuchende Symptome einer PTBS weniger stark auf traumatische Erlebnisse zurückführten, sondern stärker auf religiöse und übernatürliche Ursachen. Weiters nannten die Asylsuchenden traumatische Lebenserfahrungen, psychologische und soziale Faktoren sowie Postmigrationsstressoren als weitere mögliche Ursachen einer PTBS. Die Symptome wurden auf interne psychologische Faktoren wie das Erleben von Stress, einen negativen emotionalen Zustand und zu viel Nachdenken zurückgeführt und weniger auf interne physische Faktoren, die einen genetischen oder organischen Ursprung haben (Grupp et al., 2018).

Krankheitskonzepte von PTBS und Depressionen bei syrischen Geflüchteten

Im Kontext syrischer Geflüchteter sind Begriffe wie „psychisches Wohlbefinden“ oder „psychische Gesundheit“ oft negativ behaftet und die explizite Benennung psychischer Probleme als solche kann stigmatisierend für die betroffene Person sein. Bei der Beschreibung psychischer Zustände werden daher häufig indirekte Ausdrücke verwendet

(Hassan et al., 2015). Depressionen können beispielsweise als Niedergeschlagenheit, Müdigkeit oder Faulheit abgetan werden (Bawadi et al., 2022). Renner et al. (2020) berichten jedoch, wie syrische Geflüchtete in Deutschland emotionale Folgen des Kriegs und der Flucht beschrieben und explizit von Depressionen sprachen. Hoffnungslosigkeit, Angst und Sorgen um die Familie in der Heimat wurden am häufigsten als emotionale Folgen von Krieg und Flucht genannt. Die Teilnehmenden erwähnten weitere Symptome wie traumatische Erinnerungen (Intrusionen), Albträume, Schlafprobleme, Zittern, Schwierigkeiten mit der Bürokratie sowie der Suche nach Arbeit und dem Verlust des sozialen Netzwerks. Unter den berichteten kognitiven, körperlichen, sozialen und verhaltensbezogenen Folgen wurden auch Symptome einer PTBS festgestellt. Im Kontrast zu Depressionen wurde diese jedoch nicht als solche bezeichnet (Renner et al., 2020). Ein vergleichbares Bild zeigte sich in der Studie von Aarethun et al. (2021), die mit syrischen Flüchtlingen in Norwegen durchgeführt wurde. Die Teilnehmenden identifizierten sich mit Symptomen einer PTBS wie Albträumen und traumatischen Erinnerungen, aber erwähnten nie explizit das Störungsbild einer PTBS. Depressionen bezeichneten sie als Niedergeschlagenheit oder durch soziale Probleme verursachte Gefühle. Im Gegensatz zu der PTBS, zögerten die Teilnehmenden sich persönlich mit den Symptomen einer Depression zu identifizieren.

Sowohl PTBS als auch Depressionen wurden von syrischen Flüchtlingen auf extern verursachten Stress zurückgeführt. Die Ursachen für PTBS wurden vor allem als Reaktion auf Extremsituationen wie Krieg, Flucht und Postmigrationsstressoren erklärt. Die wichtigsten Stressoren waren der Verlust des sozialen Netzwerks, kulturell bedingte Probleme, Schwierigkeiten mit Behörden und bei der Arbeitssuche, Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Herausforderungen und sprachliche Barrieren. Bei der Ursachenzuschreibung von Depressionen erwähnten die Befragten insbesondere soziale Folgen von Flucht und Vertreibung wie Einsamkeit, keine Person zum Reden zu haben, die Trennung von Familienmitgliedern und Alleinsein (Aarethun et al., 2021).

Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote

Die beschriebenen Konzepte psychischer Erkrankungen von geflüchteten Menschen und das bevorzugte Hilfesuchverhalten können Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote darstellen, wenn sie sich von den vorherrschenden Krankheitskonzepten der Aufnahmegesellschaft unterscheiden (Satinsky et al., 2019). Vorhandene Behandlungsangebote im Aufnahmeland können als nicht wirksam erachtet und daher nicht in Anspruch genommen werden oder es bestehen unterschiedliche Erwartungen an eine Behandlung (Weigl & Gaiswinkler, 2019). Darüber hinaus können ein mangelndes

Bewusstsein für psychische Erkrankungen und die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erhebliche Hindernisse darstellen. Neben diesen kulturellen Barrieren kann die unzureichende Inanspruchnahme auf strukturelle Barrieren wie fehlendes Wissen über verfügbare Dienste oder sprachliche Schwierigkeiten zurückzuführen sein (Byrow et al., 2020).

Kulturelle Barrieren

Mangelndes Wissen und Bewusstsein für psychische Erkrankungen sowie fehlende Krankheitseinsicht können Menschen davon abhalten, diese zu erkennen und eine Behandlung in Anspruch zu nehmen und stellen erhebliche Barrieren für die Inanspruchnahme einer Behandlung dar (Bawadi et al., 2022). Leiden wird in der syrischen Gemeinschaft als normaler Teil des Lebens erachtet, der keine medizinische oder psychosoziale Behandlung erfordert (Hassan et al., 2015). In einer Studie von Bawadi et al. (2022), die sich mit Barrieren für die Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten durch syrische Geflüchtete in Jordanien auseinandersetzte, zeigten die befragten Geflüchteten ein mangelndes Bewusstsein für psychische Erkrankungen und deren Symptome sowie mangelndes Verständnis und Akzeptanz. Die meisten Befragten glaubten nicht, dass sie ein behandlungsbedürftiges Problem haben und waren der Ansicht, dass sie das Problem selbst in den Griff bekommen können oder es sich ohne Hilfe bessern würde.

Bisherige Forschungsergebnisse zeigten außerdem, dass sich die bevorzugte Behandlungsmöglichkeit syrischer Geflüchteter von der Behandlung erster Wahl im Aufnahmeland unterscheiden kann. Aus westlicher Perspektive stellen psychotherapeutische und psychologische Behandlungen adäquate Behandlungen für PTBS und Depressionen dar (Maercker, 2019; Wolfersdorf, 2011). Aus einem systematischen Review mit Geflüchteten aus verschiedenen Herkunftsländern ging jedoch hervor, dass Betroffene Bedenken hinsichtlich der Wirksamkeit verfügbarer Behandlungsmethoden und einer kulturell angemessenen Behandlung durch psychosoziale Dienste im Aufnahmeland äußerten (Byrow et al., 2020). Bei der Betrachtung des bevorzugten Hilfesuchverhaltens syrischer Geflüchteter zeigte sich, dass Hilfe zunächst im sozialen Netzwerk gesucht wird. Sie bevorzugten die soziale Unterstützung durch Familie und Freund_innen in Form von Gesprächen und beschrieben diese als wichtigste Anlaufstelle (Aarethun et al., 2021; Renner et al., 2020). Die Beziehung zu Allah wurde von syrischen Flüchtlingen in Jordanien als bevorzugte Hilfequelle neben der Unterstützung durch das soziale Umfeld genannt (Harris et al., 2021). Befragte Geflüchtete in Norwegen (Aarethun et al., 2021) und Deutschland (Renner et al., 2020) nannten außerdem ressourcenorientierte Bewältigungsmechanismen und betonten die Wichtigkeit von Arbeit, Ausbildungsmöglichkeiten sowie der Teilnahme an der

Aufnahmegesellschaft. Als weitere individuelle Bewältigungsstrategien wurden Sport, das Vergessen der Vergangenheit, positives Denken und die Bereitschaft, aktiv am Prozess der Veränderung des Lebens beteiligt zu sein, als bevorzugte Verhaltensweisen dargestellt. Die professionelle Unterstützung durch Psycholog_innen wird in der syrischen Kultur oft negativ konnotiert (Aarethun et al., 2021). Im Kontrast dazu stehen die Studienergebnisse von Renner et al. (2020). In Bezug auf Bewältigungs- und Behandlungsmöglichkeiten betonten syrische Geflüchtete in Deutschland die Befriedigung grundlegender materieller und gesundheitlicher Bedürfnisse und nannten explizit die professionelle Unterstützung durch Psycholog_innen als wichtige Behandlungsmöglichkeit (Renner et al., 2020).

Eine weitere wichtige kulturspezifische Barriere, die an der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote hindert und das Hilfesuchverhalten beeinflusst, ist die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Psychische Erkrankungen sind mit Gefühlen wie Scham und Angst vor der Ablehnung durch Familie, Freund_innen und der Gesellschaft verbunden. Zu diesen Ergebnissen kam ein systematischer Review, in dem über 40 qualitative und 26 quantitative Studien zu Konzepten psychischer Erkrankungen und wahrgenommenen Barrieren beim Hilfesuchverhalten in verschiedenen Geflüchtetenpopulationen untersucht wurden. Diese Untersuchung ergab auch, dass ein hohes Maß an Stigmatisierung der psychischen Gesundheit in Verbindung mit einer geringeren Inanspruchnahme psychosozialer Angebote steht. Bei Geflüchteten aus verschiedenen Herkunftsländern bestand außerdem häufig die Annahme, dass die Offenlegung psychischer Erkrankungen nicht nur negative Folgen für das Individuum, sondern auch für die Ehre der Familie hat (Byrow et al., 2020). Der Fokus auf syrische Geflüchtete macht deutlich, dass in dieser Geflüchtetenpopulation die Suche nach Hilfe bei psychischen Erkrankungen mit Scham verbunden ist (Renner et al., 2020). Menschen mit psychischen Erkrankungen werden von syrischen Geflüchteten häufig als unberechenbar, schwach, „verrückt“ oder sogar gefährlich angesehen (Bawadi et al., 2022).

Strukturelle Barrieren

Zu den strukturellen Barrieren, die Geflüchtete an der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote hindern, zählt insbesondere mangelndes Wissen über vorhandene psychosoziale Dienste sowie über das Gesundheitssystem im Aufnahmeland im Allgemeinen (Byrow et al., 2020). Syrische Geflüchtete in Deutschland (Renner et al., 2020), Norwegen (Aarethun et al., 2021) und Jordanien (Bawadi et al., 2022) berichteten von unzureichenden Informationen über psychosoziale Unterstützungsangebote. Auch eine Befragung von Geflüchteten aus Syrien, Irak und Afghanistan in Österreich zu

wahrgenommenen Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsdiensten ergab, dass Betroffene von mangelndem Wissen über geeignete Unterstützungsangebote berichteten (Kohlenberger et al., 2019). Hinzu kommen finanzielle Schwierigkeiten, für die psychosoziale Behandlung aufzukommen (Byrow et al., 2020). Syrische Geflüchtete in Deutschland führten beispielsweise an, dass der Zugang zu psychosozialen Diensten durch finanzielle Unterstützung erleichtert werden würde (Renner et al., 2020). Zusätzliche Hindernisse entstehen durch die Entfernung (Bawadi et al., 2022) und den eingeschränkten Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln, die die Inanspruchnahme erschweren (Byrow et al., 2020). Des Weiteren bestehen Schwierigkeiten bei der Terminvergabe (Bawadi et al., 2022) und lange Wartezeiten (Bawadi et al., 2022; Kohlenberger et al., 2019). In Österreich stellen Engpässe bei der Versorgung oder zusätzlich erhobene Gebühren für die Behandlung erhebliche Hindernisse für Betroffene dar. Der Mangel an fachlich qualifiziertem Personal führt zu unzureichender Versorgung (Munz & Melcop, 2018) und langen Wartezeiten. Die durchschnittliche Wartezeit, um als Geflüchtete_r psychologische Behandlung mit einem_einer geeigneten Dolmetscher_in in Anspruch nehmen zu können, beträgt in Österreich zwischen sechs und zwölf Monaten (Kohlenberger, 2019). Sprachliche Schwierigkeiten und der Mangel an professionellen Dolmetscher_innen erschweren den Zugang für Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsländern ungemein (Byrow et al., 2020). Syrische Geflüchtete berichteten von Problemen, arabischsprachende Psycholog_innen zu finden und von unzureichender Verfügbarkeit in der Muttersprache (Renner et al., 2020). Geflüchtete unterschiedlicher Herkunftsländer äußerten zudem Bedenken, mit einer fremden Person über Probleme zu sprechen. Geflüchtete berichteten von mangelndem Vertrauen gegenüber Behandler_innen im Aufnahmeland und Sorgen um die Vertraulichkeit sowie der Angst vor möglichen negativen Konsequenzen auf das Asylverfahren (Byrow et al., 2020).

Fragestellung

Diese Masterarbeit hat zum Ziel, das Wissen über Konzepte von PTBS und Depressionen sowie Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote syrischer Geflüchteter in Österreich zu vertiefen. Da PTBS und Depressionen die häufigsten psychischen Erkrankungen in der allgemeinen als auch syrischen Geflüchtetenpopulation sind (Blackmore et al., 2020), sollen vorherrschende Konzepte dieser psychischen Erkrankungen untersucht werden.

Vorangegangene Untersuchungen sind bereits der Frage nachgegangen, welche Konzepte psychischer Erkrankungen bei syrischen Geflüchteten vorhanden sind. Die vorliegende Masterarbeit dient vor allem der Überprüfung, ob bisherige Ergebnisse zu

Konzepten psychischer Erkrankungen bei syrischen Geflüchteten in anderen Ländern wie Norwegen (Aarethun et al., 2021) oder Deutschland (Renner et al., 2020) auch in einer Stichprobe syrischer Geflüchteter in Österreich repliziert werden können. Replikationsstudien sind von großer Relevanz, um bereits bestehendes Wissen auf seine Richtigkeit und Übertragbarkeit zu prüfen und trägt zu wissenschaftlichem Konsens bei. Da sich die Gesundheitssysteme in Österreich von anderen westlichen Aufnahmeländern unterscheiden können, besteht großes Interesse im Vergleich zu bereits vorhandenen Studienergebnissen. Als Ergänzung zu bisherigen Studien, in denen es keine zeitliche Eingrenzung der Aufenthaltsdauer syrischer Geflüchteter im Aufnahmeland gab (Aarethun et al., 2021; Renner et al., 2020), werden in die vorliegende Studie nur Geflüchtete miteingeschlossen, die sich seit maximal 36 Monaten in Österreich befinden. Durch die Festlegung eines bestimmten Zeitrahmens kann gezielt die unmittelbare Zeit nach Ankunft im Aufnahmeland untersucht werden, um spezifische Herausforderungen in dieser Phase zu analysieren.

Es besteht zudem große Notwendigkeit, kulturell geprägte Konzepte psychischer Erkrankungen bei psychosozialen Behandlungsangeboten zu berücksichtigen, da Behandler_innen in westlichen Aufnahmegesellschaften zunehmend mit geflüchteten Patient_innen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten konfrontiert sind. Es gilt daher herauszufinden, welche Faktoren die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote beeinflussen. Zudem stellt sich die Frage, ob die Gründe einer unzureichenden Inanspruchnahme in einer Diskrepanz zwischen den von syrischen Geflüchteten bevorzugten Behandlungsmethoden und den im Aufnahmeland verfügbaren Behandlungsangeboten liegen oder ob strukturelle Barrieren wie mangelndes Wissen über vorhandene Unterstützungsangebote oder finanzielle Hindernisse dafür verantwortlich sind. Die Studie trägt zur Klärung dieser Wissenslücke bei und könnte relevante Informationen bereitstellen, die zu einer Verbesserung der psychosozialen Unterstützung syrischer Geflüchteter beiträgt.

Die vorliegende Masterarbeit geht folgenden Fragestellungen nach:

Fragestellung 1: Welche Konzepte von PTBS und Depression liegen in der Population syrischer Geflüchteter vor?

Fragestellung 2: Wie gestaltet sich das Hilfesuchverhalten bei Vorliegen einer PTBS oder Depression?

Fragestellung 3: Welche Gründe gibt es, dass psychosoziale Unterstützungsangebote unzureichend in Anspruch genommen werden?

Fragestellung 4: Welche Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote gibt es? Was könnte getan werden, um den Betroffenen den Zugang zu erleichtern?

Die vorgestellten Fragestellungen sollen qualitativ erforscht werden, um mehr in die Tiefe gehen zu können und individuelle Meinungen und Einstellungen der Personen zu erfahren. Die Verwendung offener, nicht standardisierter Verfahren, die vorab keine festgelegten Beschreibungskategorien beinhalten, wie es in einem Fragebogen der Fall ist, bieten den Vorteil, dass sich befragte Personen in ihren eigenen Worten äußern können. Die offen gestellten Fragestellungen ermöglichen die Erforschung der Hintergründe sowie mögliche neue Aspekte, die sich durch die Analyse und die Interpretation der Ergebnisse erschließen (Hussy et al., 2010). Darüber hinaus ist die persönliche Nachfrage bei Unklarheiten möglich, was insbesondere bei einem sensiblen Thema wie dem Bedarf psychischer Unterstützungsangebote wichtig und sinnvoll ist.

Methodik

Studiendesign

Die vorliegende Masterarbeit ist Teil der Studie „Mental health of asylum seekers in Austria“ (MHAS), welche von der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt wird und bereits von der Ethikkommission der Universität Wien genehmigt wurde (No. 00679). Die Studie untersucht die psychologischen Bedürfnisse von syrischen und afghanischen Geflüchteten sowie den subjektiven Wissensstand über mögliche psychologische Beschwerden in Folge von Flucht und Migration. Außerdem sollen das Wissen über vorhandene psychologische Behandlungsmethoden in Österreich sowie die jeweiligen psychologischen Unterstützungsbedarfe erfasst werden. Die MHAS-Studie kombiniert quantitative und qualitative Methoden in einem Mixed-Methods-Design, um die jeweiligen Schwächen der Forschungsansätze auszugleichen und ein umfassendes Verständnis des Forschungsthemas zu erlangen. Der quantitative Teil der Studie beinhaltet eine Fragebogenbatterie, der qualitative Teil besteht aus Fokusgruppendifkussionen. Die Fragestellungen der vorliegenden Masterarbeit werden im Rahmen der Fokusgruppen des qualitativen Teils untersucht.

Verfahren

Für die Datenerhebung des qualitativen Teils der MHAS-Studie wurden insgesamt $N = 26$ Personen für die Fokusgruppendifkussionen angestrebt, jeweils 13 aus den Herkunftsländern Afghanistan und Syrien. Da der Fokus dieser Masterarbeit auf syrischen Geflüchteten liegt, wurden $N = 13$ Versuchspersonen angestrebt. Das Ziel waren Fokusgruppen mit jeweils 4 bis 8 Teilnehmer_innen. Die Fokusgruppen wurden geschlechtshomogen sowie mit Unterstützung eines muttersprachigen Dolmetschers auf Arabisch durchgeführt und dauerten zirka 90 Minuten pro Sitzung. Die Fokusgruppendifkussionen wurden audioaufgezeichnet, um sie anschließend transkribieren zu können.

Stichprobe

Teilnahmekriterien

Die Zielgruppe für die vorliegende Masterarbeit waren Geflüchtete aus Syrien, da sie die größte Gruppe Geflüchteter in Österreich darstellen (BMI, 2023), zwischen 18 und 65 Jahren und einer maximalen Aufenthaltsdauer in Österreich von 36 Monaten. Ausschlusskriterien waren aktuelle manische oder psychotische Symptome und Suizidalität, da betroffene Personen eine akute psychiatrische Intervention benötigen.

Rekrutierung

Die Rekrutierung fand zwischen Oktober 2022 und September 2023 statt, wobei aufgrund der verheerenden Erdbeben in Syrien und der Türkei im Februar 2023 sowie während des Ramadan zwischen März und April 2023 teilweise pausiert wurde. Die Rekrutierung erfolgte mittels Flyer und Aushänge, die in passenden Institutionen verteilt wurden. Die Flyer und Aushänge wurden von einer muttersprachigen Person ins Arabische übersetzt, um die Verständlichkeit potenzieller syrischer Teilnehmer_innen zu erhöhen (s. Appendix A für die deutsche Version des Flyers).

Bei Interesse an einer Studienteilnahme wurden Personen ersucht, eine E-Mail an die Studienleitung zu schreiben. Für die Fokusgruppe erwies sich die Rücklaufquote als wenig erfolgreich, weswegen Teilnehmer_innen der Fragebogenstudie, die bereits einer zukünftigen Teilnahme an weiteren Studien zugestimmt hatten, per E-Mail kontaktiert wurden. Für den Fall, dass eine Person noch nicht an der Fragebogenstudie teilgenommen hat, wird, nach Prüfung der Einschlusskriterien, für den Termin der Fokusgruppe eine Stunde mehr eingeplant, sodass die Person den Fragebogen in der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz ausfüllen kann, bevor die restlichen Teilnehmer_innen der Fokusgruppe erscheinen. Im

Anschluss erhielten die Personen eine E-Mail mit Terminbestätigung sowie der Adresse. Teilnehmer_innen der Fokusgruppe waren ausschließlich Personen, die zuvor bereits an der Fragebogenstudie teilgenommen hatten.

Studienablauf

Die Fokusgruppendifkussionen wurden in der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Universität Wien durchgeführt. Nach Eintreffen der Teilnehmenden wurde ihnen zunächst die Teilnehmer_inneninformation und Einwilligungserklärung auf Arabisch und Deutsch vorgelegt. Die Personen wurden gebeten diese sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten Fragen zu stellen und anschließend die deutsche Einwilligungserklärung zu unterschreiben. Der Dolmetscher erhielt eine Verschwiegenheitserklärung, welche er ebenfalls unterschreiben musste. Im anschließenden Briefing wurde mit dem Dolmetscher besprochen, welche Aspekte bei der Zusammenarbeit mit einem_einer Dolmetscher_in zu beachten sind und etwaige Fragen konnten geklärt und besprochen werden.

Die Teilnehmenden, der Dolmetscher sowie die Leiterin der Gruppendiskussion, eine Mitarbeiterin der MHAS-Studie, nahmen nun in einem Kreis Platz. Der Dolmetscher und die Diskussionsleiterin erhielten jeweils einen Interviewleitfaden (s. Appendix B). Die Teilnehmenden bekamen eine Fallvignette (s. Appendix C) ausgehändigt, die eine fiktive Person beschreibt, die unter den Symptomen einer PTBS oder Depression leidet, entsprechend den Kriterien des DSM-5. Da in der Fokusgruppe teilweise sensible und stigmatisierte Themen behandelt wurden, wie die persönliche Annahme über psychische Beschwerden oder Herausforderungen nach der Flucht, wurden die Fokusgruppendifkussionen mithilfe der Vignettentechnik durchgeführt. Betroffenen Personen könnte es möglicherweise leichter fallen, über eine andere Person zu sprechen als über sich selbst. Zusätzlich wurde an alle Teilnehmenden ein Wegweiser ausgeteilt, falls sich jemand mit der Fallvignette identifiziert oder sich auf andere Weise nicht mehr in der Lage sieht, an der Diskussion teilzunehmen. Auf dem Wegweiser fanden die Teilnehmenden Anlaufstellen, bei denen sie sich in solchen Fällen melden können. Darüber hinaus wurden die Personen vor Beginn der Fokusgruppendifkussion darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme abbrechen können. Außerdem wurden sie darüber informiert, dass in akuten Notfällen psychologische Unterstützung zur Verfügung steht.

Nachdem alle Vorbereitungen getroffen wurden, wurde die Audioaufnahme gestartet und die Fokusgruppendifkussion begann. Die Interviewleiterin begrüßte alle Teilnehmenden und stellte die Fallvignette vor, welche ebenso vom Dolmetscher laut vorgelesen wurde. Die

Diskussion war auf zirka 90 Minuten angesetzt. Danach wurde die Audioaufnahme gestoppt und die Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung. Die Teilnahme an der Fokusgruppendifkussion wurde mit 20 Euro entschädigt. Die Personen mussten zusätzlich eine Zahlungsbestätigung unterschreiben, dass sie die Aufwandsentschädigung bekommen haben.

Operationalisierung

Die angeführten Fragestellungen wurden mithilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens operationalisiert (s. Appendix B für den vollständigen Leitfaden) und im Kontext von fiktiven Fallvignetten (s. Appendix C) erhoben.

Den theoretischen Rahmen für die Erstellung des Interviewleitfadens bildete das Common-Sense-Selbstregulationsmodell von Leventhal et al. (2016). Mit dem CSM als Grundlage, wurden Konzepte psychischer Erkrankungen von syrischen Geflüchteten hinsichtlich der Identität, potenzieller Ursachen, des Verlaufs, möglichen Konsequenzen sowie der Kontrollierbarkeit von auf PTBS und Depressionen bezogene Symptome erfasst. Der Interviewleitfaden umfasste insgesamt ca. 20 Fragen und wurde in drei Cluster unterteilt: Illness Perception (Konzepte psychischer Erkrankungen), Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und Psychosoziale Versorgung.

Der Cluster Illness Perception dient der Operationalisierung von Konzepten einer PTBS oder Depression. Die wahrgenommene Identität des in der Fallvignette beschriebenen Störungsbilds einer PTBS oder Depression wurde mit folgenden Fragen erfasst: „Was, wenn überhaupt vorhanden, ist das Problem?“, „Wie würden Sie das Problem bezeichnen?“, „Hat diese Person eine Krankheit? Wenn ja, welche?“, „Was verstehen Sie unter „seelischer Erkrankung“/„psychischer Erkrankung“?“ und „Haben Sie Verständnis für den Zustand der Person?“. Die Fragen wurden in Anlehnung an Bettmann et al. (2015), Saberi et al. (2021) und Warfa et al. (2006) erstellt. Zur Erhebung potenzieller Ursachen, wurde die Frage „Was sind mögliche Gründe für ihr Befinden?“ ausgewählt, die von Warfa et al. (2006) inspiriert wurde. Um sowohl den Schweregrad des Verlaufs der psychischen Erkrankung als auch mögliche Folgen des Problem zu erfassen, wurde die Frage „Wie schwerwiegend ist das Problem der Person?“ in den Leitfaden aufgenommen. Weiters wurde die Frage „Welche Konsequenzen können mit dem Problem einhergehen?“ und als mögliche Nachfrage „Welche Auswirkungen hat das Problem auf das Leben in der Community?“ gestellt, um weitere Konsequenzen in unterschiedlichen Lebensbereichen zu erheben. Die Fragen wurden in Anlehnung an Renner et al. (2020) formuliert und entsprechend angepasst.

Der Cluster Inanspruchnahme von Hilfsangeboten soll das Hilfesuchverhalten bei Vorliegen einer PTBS oder Depression erfassen sowie die wahrgenommene Kontrollierbarkeit von PTBS oder Depressionen. Um diese Konstrukte zu operationalisieren, wurden die Fragen „Was kann diese Person selbst tun, damit es ihr besser geht?“, „Wo sollte sich diese Person Ihrer Meinung nach Hilfe suchen?“ und „Wie kann eine Behandlung aussehen? Wäre sie wirksam?“ formuliert. Die Fragen wurden in Anlehnung an Shannon et al. (2015) erstellt und um die Frage nach der Wirksamkeit der Behandlung ergänzt. Um weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsdienste zu erfragen, wurden folgende Fragen erstellt: „Was spricht für die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe?“ und „Was spricht gegen die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe?“. Zusätzlich wurde die Frage „Was passiert, wenn diese Person sich nicht in Behandlung begibt?“ von Alemi et al. (2016) übernommen sowie die Frage „Welche Rolle spielt Religion bei solchen Beschwerden?“ als mögliche Nachfrage hinzugefügt.

Die Interviewfragen des dritten Clusters Psychosoziale Versorgung wurden in Anlehnung an Saberi et al. (2021) erstellt und dienen der Erhebung der Faktoren, die zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote beitragen können und was unternommen werden könnte, um Betroffenen den Zugang zu psychosozialen Unterstützungsdiensten zu erleichtern. Der Cluster beinhaltet die Fragen „Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit psychosozialen Angeboten in Österreich gemacht?“, „Wie gut fühlen Sie persönlich sich in Bezug auf psychosoziale Bedürfnisse von staatlicher Seite versorgt?“ und „Welche psychosozialen Bedürfnisse geflüchteter Personen werden von staatlichen Services derzeit nicht ausreichend beachtet?“. Als mögliche Nachfrage wurde die Frage „Welche weiteren Maßnahmen wünschen Sie sich?“ in den Interviewleitfaden aufgenommen.

Die eingesetzte Depressions-Fallvignette wurde von Fallvignetten inspiriert, die von Subedi et al. (2015) verwendet wurden. Die PTBS-Fallvignette wurde in Anlehnung an Conrad (2018) und Grupp et al. (2018) erstellt, orientierte sich jedoch vorwiegend an Grupp et al. (2018). Zum Teil wurden Sätze wörtlich aus der vorhandenen Fallvignette übernommen. In beiden Fallvignetten werden Szenarien von einer fiktiven Person beschrieben. Die geschilderten Symptome entsprechen entweder einer PTBS oder einer Depression gemäß DSM-5. In der PTBS-Fallvignette berichtet eine Person mit Fluchthintergrund unter anderem von Symptomen wie Albträumen, Intrusionen, Schlafstörungen, starker Anspannung und Erschöpfung sowie Wutausbrüchen. In der Depressions-Fallvignette erzählt eine Person von Symptomen wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenslosigkeit, Grübeln, Müdigkeit,

Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Gewichtsverlust und Suizidgedanken (s. Appendix C für die vollständigen Fallvignetten). Beide Fallvignetten wurden von einem Dolmetscher vom Deutschen ins Arabische übersetzt.

Auswertung

Die Audiodateien der Fokusgruppendifkussion stellten die Grundlage der Auswertung dar. Die Aufzeichnungen wurden wortwörtlich transkribiert, die Identität der Teilnehmenden wurde jedoch anonymisiert. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden von dem Dolmetscher während der Interviews aus dem Arabischen ins Deutsche übersetzt. Die Fokusgruppendifkussionen wurden mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) analysiert. Die Auswertung erfolgte mit Unterstützung der Software MAXQDA 2022, einem Programm zur computergestützten qualitativen Datenanalyse. Die Analyse wurde in Anlehnung an die von Mayring (2022) beschriebenen sieben Schritte durchgeführt.

Der erste Schritt beinhaltet den Untersuchungsgegenstand sowie die Fragestellung, dieser wurde bereits in den Abschnitten zu der Fragestellung und der Methodik ausführlich beschrieben. Als zweiten Schritt sieht Mayring (2022) vor, eine Vorgehensweise zur Bildung der Kategorien festzulegen. Es wurde eine deduktiv-induktive Kategorienbildung gewählt. Die Hauptkategorien wurden dabei deduktiv aus dem Interviewleitfaden und den Fragestellungen abgeleitet, woraus sich folgende vier Hauptkategorien ergaben: Konzepte von PTBS und Depressionen, Gestaltung des Hilfesuchverhaltens bei Vorliegen einer PTBS oder Depression, Gründe für und Gründe gegen die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten und Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote. Für die Hauptkategorie „Konzepte von PTBS und Depressionen“ wurden zudem Subkategorien deduktiv anhand vorhandener Literatur zu dem Common-Sense-Selbstregulationsmodell nach Leventhal et al. (2016) gebildet, die sich an den Modellkomponenten orientierte und entsprechend angepasst wurden. Daraus ergaben sich die folgenden Subkategorien: Identität, Ursachen, Verlauf und Konsequenzen. Die Modellkomponente der Kontrollierbarkeit wurde nicht als vorab festgelegte Subkategorie des Konzepts von PTBS oder Depression definiert, da sie im Rahmen der zweiten Hauptkategorie „Gestaltung des Hilfesuchverhaltens bei Vorliegen einer PTBS oder Depression“ erhoben und ausgewertet wurde. Im dritten Schritt wurden die Transkripte kodiert und mit Kategorien versehen. Für jede Hauptkategorie wurden induktiv Subkategorien entwickelt (s. Tabelle 1 für einen Überblick über die wichtigsten Haupt- und Subkategorien). Nachdem das erste Transkript kodiert wurde, wurden gemäß des vierten Schritts nach Mayring (2022) die Kategorien geprüft, ob sie den Inhalt angemessen widerspiegeln. Im Zuge dessen wurden

Subkategorien zusammengefasst und Änderungen bei der Bezeichnung vorgenommen. Im fünften Schritt wurde die Kategorienvergabe fertiggestellt und das zweite Transkript kodiert. Der vorletzte Schritt sieht eine Reliabilitätsprüfung vor. Das entwickelte Kategoriensystem wurde daher mit einer weiteren Projektmitarbeiterin verglichen, Unstimmigkeiten diskutiert und gegebenenfalls abgeändert. Der siebte und letzte Schritt beinhaltet die Auswertung und Interpretation der Kategorien sowie ihre Bedeutung für die Beantwortung der Forschungsfragen. Dieser Schritt wird in den Abschnitten zu den Ergebnissen respektive der Diskussion ausgeführt.

Tabelle 1

Überblick über die wichtigsten Haupt- und Subkategorien

Hauptkategorien	Subkategorien
1. Konzepte von PTBS und Depression	1.1 Identität 1.2 Ursachen 1.3 Verlauf 1.4 Konsequenzen
2. Gestaltung des Hilfesuchverhaltens bei Vorliegen einer PTBS oder Depression	2.1 Informelle Behandlungsmethoden 2.2 Formelle Behandlungsmethoden 2.3 Individuelle Bewältigungsmöglichkeiten 2.4 Auswirkungen keiner Behandlung 2.5 Einfluss von Religion
3.1 Gründe für die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten	3.1.1 Verbesserung der Situation 3.1.2 Professionelle Hilfe 3.1.3 Verhaltensänderung 3.1.4 Kein Nachteil durch Behandlung
3.2 Gründe gegen die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten	3.2.1 Bevorzugung sozialer Unterstützung 3.2.2 Fehldiagnostik und Verschlechterung 3.2.3 Stigmatisierung 3.2.4 Geringe Verfügbarkeit
4. Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote	4.1 Verkürzung der Wartezeiten 4.2 Erleichterung des Zugangs zu psychosozialer Unterstützung

-
- 4.3 Möglichkeit auf Arbeit und Bildung
 - 4.4 Maßnahmen gegen unfaire politische Behandlung
 - 4.5 Erleichterung der Familienzusammenführung
 - 4.6 Verbesserung des Asylverfahrens
 - 4.7 Verbesserung der Unterbringung
-

Ergebnisse

Beschreibung der Fokusgruppen

Insgesamt haben zwei Fokusgruppen am 20. und 21. Mai 2023 stattgefunden, jeweils eine auf Grundlage der PTBS-Fallvignette und eine auf Grundlage der Depressions-Fallvignette. Beide Fokusgruppen bestanden aus männlichen Teilnehmern aus Syrien (s. Tabelle 2). Die erste Fokusgruppe bestand aus $N = 4$ Personen, zwei angemeldete Personen sind nicht erschienen. In der ersten Fokusgruppe wurde die Fallvignette einer Depression behandelt und die Diskussion dauerte 1 Stunde und 35 Minuten. In der zweiten Fokusgruppe nahmen $N = 6$ Personen an der Diskussion teil, eine Person ist nicht erschienen. Die Fokusgruppe thematisierte die Fallvignette einer PTBS. Die Diskussion dauerte 1 Stunde und 40 Minuten.

Deskriptive Stichprobe

Insgesamt nahmen $N = 10$ Personen an zwei Fokusgruppendifkussionen teil (s. Tabelle 2). Die Teilnehmenden waren zwischen 22 und 48 Jahren alt, mit einem durchschnittlichen Alter von 32,5 Jahren. Der durchschnittliche Aufenthalt in Österreich betrug 12,2 Monate ($SD = 6,8$). Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 7,9 Monate ($SD = 10,2$) auf der Flucht. Alle Personen ordneten sich der Religion des Islams zu. Im Durchschnitt sind die Teilnehmenden 13,7 Jahre ($SD = 3,3$) zur Schule gegangen, die Hälfte hatte einen Hochschulabschluss. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden gab an, dass sie keine Verwandten in Österreich haben. Mehr als die Hälfte lebte zum Zeitpunkt der Befragung in einer Gemeinschaftsunterkunft, eine Person in einer Erstaufnahmeeinrichtung. Mehr als die Hälfte ($n = 8$) hatte eine Aufenthaltsgenehmigung.

Tabelle 2*Soziodemographische Daten der Stichprobe (N = 10)*

Variable	n	M (SD)
Alter^a		32,5 (8,4)
Geschlecht		
Männlich	10	
Fallvignette		
Depression	4	
PTBS	6	
Geburtsland Syrien	10	
Aufenthalt in Österreich^b		12,2 (6,8)
1-5 Monate	1	
6-10 Monate	3	
11-15 Monate	3	
16-20 Monate	1	
21-25 Monate	1	
Keine Angabe	1	
Fluchtdauer^b		7,9 (10,2)
Religion		
Islam	10	
Schulbildung^a		13,7 (3,3)
Hochschulabschluss	5	
Matura/Abitur	2	
Real-/Mittelschulabschluss	2	
Kein Abschluss	1	
Beruf erlernt		
Ja	6	
Nein	4	
Familienstand		
Verheiratet	5	
Alleinstehend	5	
Partner_in in Österreich (n = 5)		
Ja	1	

Nein	4
Verwandte in Österreich	
Nein	8
Teils	2
Wohnsituation	
Gemeinschaftsunterkunft	7
Eigene Wohnung	2
Erstaufnahmeeinrichtung	1
Aufenthaltsstatus	
Aufenthaltsgenehmigung	8
Aufenthalts gestattung	1
Subsidiärer Schutz	1

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

^a Angabe in Jahren

^b Angabe in Monaten

Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen

Die Themen, die sich aus der Analyse der Fokusgruppendifkussionen ergaben, sollen im Folgenden zur Beantwortung der Fragestellungen erläutert werden.

Konzepte von PTBS und Depression

Die erste Fragestellung lautete „Welche Konzepte von PTBS und Depression liegen in der Population syrischer Geflüchteter vor?“.

Identität. In beiden Fokusgruppen identifizierten die Teilnehmenden die in der Fallvignette beschriebenen Symptome als PTBS bzw. Depression und bezeichneten das Störungsbild auch als solches. Die Symptome erkannten die Teilnehmenden entweder bei sich selbst oder bei einer ihnen bekannten Person.

„Die Person leidet unter [einer] Depression und dieser Person muss geholfen werden und es muss herausgefunden werden, was die Source für die Depressionen sind, damit man dieser Person helfen kann.“

„[Ich habe] in Büchern von diesen Erlebnissen gelesen..., dass da auch viel von Posttraumatischen Erlebnissen gesprochen wurde...das [ist] der Fall bei dieser Person.“

„[Ich kenne] jemanden...der genau unter denselben Sachen leidet, also dem geht's schlecht...der leidet unter psychischen Problemen.“

„Das Problem [ist] primär ein psychisches...weil, wenn es ein körperliches wäre, dann würde er nicht von Depressionen sprechen und dementsprechend, wenn er von Depressionen spricht, ist das...ein psychisches Problem, von dem wir hier sprechen.“

In der Fokusgruppe zu der PTBS-Fallvignette wurde Wiedererleben in Form von Flashbacks oder Albträumen sowie Schlafprobleme aus eigener Erfahrung als häufiges Symptom wahrgenommen. Eine Person beschrieb bestehendes Misstrauen, da er selbst das Gefühl hat, keiner Person mehr vertrauen zu können.

„[Ich stehe] öfter in der Nacht [auf], auch in Schweiß bedeckt und manchmal [muss ich] auch schreien...aufgrund der Erlebnisse, die man in Syrien hatte....Man [hat] oft schlechte Albträume.“

„In Syrien [hatte ich] diese Erlebnisse mit den Albträumen etc. nicht verspürt..., aber erst als [ich] hier in Österreich war, aufgrund posttraumatischer Erlebnisse mit dem Krieg selber und Szenarien. Ein Szenario...wie [ich und meine] Familie gerade flüchten vor den Angriffen des Krieges, dieses Szenario, [erlebe ich] hier immer noch.“

„Die Person [aus der Fallvignette] aufgrund [der Erlebnisse] im Krieg wie zum Beispiel Flugzeuge, die sie oder ihre Familien attackiert haben, dass wenn sie jetzt hier sind und einfach nur ein Flugzeug vorbeifliegt und sie das hören, dass sie da aufspringt oder da eine Reaktion passiert, aufgrund der Erlebnisse in Syrien.“

In der Fokusgruppe zu der Depressions-Fallvignette schilderten zwei Teilnehmer, dass sie Appetitlosigkeit und Zittern bei ihnen bekannten Personen beobachtet haben.

„Essen tut er nicht mehr, das heißt nur ein Kaffee, nur eine Zigarette...Essen ist nicht im Spiel.“

„Ich [kenne] jemanden, der mit [mir] im Camp gelebt hat und der hatte...nachts immer angefangen zu zittern.“

Ursachen. Als häufigste Ursache für PTBS und Depressionen wurde die Trennung von der Familie genannt. Die Teilnehmenden beider Fokusgruppen beschrieben das Gefühl von Heimweh nach dem Heimatland, der Familie und den Kindern sowie dem sozialen Umfeld, das man in Syrien hatte. Dazu kommen Sorgen um die zurückgebliebene Familie im Heimatland. Das Fehlen des sozialen Umfelds und wichtiger Bezugspersonen sahen die Teilnehmenden als Grund für Einsamkeit und soziale Isolation. Die Aussichtslosigkeit in Bezug auf ein Wiedersehen mit der Familie wurde von den Teilnehmenden als Faktor, der zu einer Verschlechterung der psychischen Situation beiträgt, beschrieben.

„Ein anderes wesentliches Problem ist die Vernachlässigung. Vernachlässigung von Bezugspersonen...,die dazu führt, dass man sich einsam fühlt.“

„Diese Person [aus der Fallvignette] [ist] weg von seinem Land, weg von seiner Familie, Kindern etc. und dass er Heimweh hat bzw. seine Familie auch vermisst.“

Weitere Gründe für PTBS als auch Depressionen stellten enttäuschte Erwartungen bezüglich des Lebens im Aufnahmeland dar. Die Teilnehmenden berichteten von positiven Gedanken und der Hoffnung nach Veränderung vor der Ankunft in Europa und dass es nach der Ankunft ganz anders eingetreten ist. Aussichtslosigkeit wurde ebenfalls als Ursache für PTBS und Depressionen beschrieben. Die Teilnehmenden erzählen, dass häufig keine Hoffnung auf Veränderung oder Verbesserung der Situation besteht, beispielsweise Arbeit zu finden oder die Familie wieder sehen zu können. Diese Aussichtslosigkeit belastet Betroffene stark. Dazu kommen Akkulturations- und Integrationsprobleme, die das Leben im Aufnahmeland erschweren.

„Selbst wenn die Person [aus der Fallvignette] versucht, sich zu integrieren und diese Probleme zu lösen, die Gesellschaft diese Person oder diese[n] Flüchtling in dem Sinne nicht annimmt oder es ihm schwermacht sich zu integrieren, auch wenn er es möchte...und dementsprechend hat diese Person immer das Gefühl, dass sie nicht akzeptiert wird.“

Zu viel Freizeit und damit einhergehend viel Zeit zum Nachdenken wurden ebenfalls als Ursachen für PTBS und Depressionen beschrieben. Außerdem sprachen die Teilnehmenden von Verlusten, die in Folge des Krieges erlebt wurden. Dazu gehörten sowohl materielle Verluste als auch der Verlust von Personen und sozialem Status. Die Frage, ob man jemals in das Heimatland und zum sozialen Umfeld zurückkehren wird und ob sich die Situation wieder ändert, sind Themen, über die die Personen viel nachdenken.

„[Der] Vergleich zu der Situation wie es damals für [mich] war in [meinem] Heimatland und wie die Situation war, das heißt Arbeit, Leben etc. liegt ganz anders ab, als wenn [ich] jetzt [hier bin].“

„Verluste..., allgemein...Verluste....Das können Verluste von Personen oder von was anderem sein und dass die nicht wieder behebbar sind, diese Verluste....Das ist ein Problem.“

Ursachen, die ausschließlich für Depressionen beschrieben wurden, waren Probleme beim Asylverfahren sowie keine Möglichkeiten auf Aus- und Weiterbildung zu haben. Lange Wartezeiten während des Asylverfahrens, Schwierigkeiten mit der Bürokratie und dass der Prozess generell sehr langsam passiert, wurde von den Teilnehmenden als große psychische Belastung erlebt. Weiters empfanden die Teilnehmenden das Asylverfahren als unfair und dass sie sich im Vergleich zu anderen Geflüchtetengruppen, wie Personen aus der Ukraine, häufig benachteiligt fühlen.

„Diese Person [aus der Fallvignette] hat...Probleme mit den Papieren und deswegen leidet sie unter psychischen Erkrankungen und Depression.“

„[Ich kenne] jemanden, der mit [mir] im Camp gelegt hat und der hatte das Problem, dass er nachts immer angefangen hat zu zittern. Und er hatte das Problem sozusagen wegen der Aufenthaltsbestimmung oder Aufenthaltserklärung, dass die bei ihm nicht ihren Weg gefunden hat, wiederum bei anderen viel schneller und das hat er als unfair empfunden und hat sich auf ihn ausgewirkt.“

Die eingeschränkte Möglichkeit auf Bildung umfasste für die Teilnehmenden einerseits die Chance auf eine Ausbildung, um auf dem Arbeitsmarkt tätig zu sein, aber auch die Weiterbildung als Mensch. Die Teilnehmenden beschrieben, dass alles viel Zeit beansprucht, sodass man nicht die Möglichkeit hat, sich als Mensch weiterzuentwickeln und erfüllt leben zu können, was eine große psychische Belastung darstellt. Sprachbarrieren stellten in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Einschränkung dar, da zunächst die Sprache erlernt werden muss, bevor eine Ausbildung in Erwägung gezogen werden kann.

„[Ich bin] hier nach Österreich gekommen...als Flüchtling...[Jetzt muss ich] die Sprache lernen und das ist...eine große Barriere, weil [ich bin] nur damit beschäftigt, die Sprache zu lernen, weil [ich] weißt..., dass ohne die Sprache...[komm ich] hier nicht voran. Das wiederum schränkt [mich] aber auf dem Arbeitsmarkt ein. Das heißt, [ich] kann [mich] jetzt auch nicht damit auseinandersetzen eine Ausbildung oder im Berufsleben mehr tätig zu sein und muss [mich] auf die Sprache erstmal reduzieren....Das schränkt...ein, wie gesagt in anderen Bereichen.“

„Ich muss erstmal die Sprache lernen, ich muss mich um dieses und jenes kümmern und diese Prozesse werden alle viel Zeit in Anspruch nehmen, in der ich nicht wirklich mich erfüllen kann und nicht leben kann so wie ich möchte.“

In der PTBS-Fokusgruppe wurden die wahrgenommenen Symptome einer PTBS auf erlebte traumatische Ereignisse in Syrien zurückgeführt.

„Erlebnisse, das ist für ihn der Grund für die psychische Folge oder psychische Krankheit, die diese Person [aus der Fallvignette] jetzt hat.“

Verlauf. In Bezug auf den Verlauf des Problems, wurde von einem Teilnehmer der Depressions-Fokusgruppe beschrieben, dass die Depression ein großes Problem darstellt, da es sich um eine psychische Erkrankung handelt und die Person aus der Fallvignette auch von Suizid spricht. In beiden Fokusgruppen wurden keine Einschätzungen in Bezug auf die zeitliche Dauer einer PTBS oder Depression geäußert bzw. ob sie die psychischen Erkrankungen als akut oder chronisch wahrnehmen.

Konsequenzen. Mögliche Konsequenzen für PTBS und Depressionen waren laut den Teilnehmenden Unproduktivität, die als Folge von zu viel Freizeit auftreten kann sowie körperliche Folgen wie ein Herzinfarkt. Drei Teilnehmenden zufolge kann sich die Situation der Person so weit verschlechtern, dass Suizid die Folge ist.

„Und diese Einsamkeit oder dieser Ausweg darauf, dass kein Ausblick nach vorne ist oder keine Veränderung, zieht einen noch mehr runter und für diese Person [aus der Fallvignette]...war die letzte Instanz Suizid.“

„Die Situation...wird sich natürlich verschlechtern, wenn wir von leichten...psychischen Erkrankungen sprechen, werden sie sich vergrößern und der Depression verfällt man immer mehr, bis hin dass es dann...[zum] Suizid kommen kann.“

Als mögliche Konsequenz von Depressionen beschrieb eine Person, dass es zu sozialer Isolation und Rückzug kommen kann, weil sich die betroffene Person nur auf ihre Probleme fokussiert.

Gestaltung des Hilfesuchverhaltens bei Vorliegen einer PTBS oder Depression

Die zweite Fragestellung lautete „Wie gestaltet sich das Hilfesuchverhalten bei Vorliegen einer PTBS oder Depression?“.

Informelle Behandlungsmethoden. In der Fokusgruppe zu der PTBS-Fallvignette wurde als primäre Behandlungsmethode die soziale Unterstützung durch die Familie und Freund_innen genannt. Bezugspersonen im sozialen Umfeld können der betroffenen Person Hilfe und Unterstützung leisten. Diese Unterstützung könnte durch das Zeigen von Mitgefühl, Empathie und Verständnis gegeben werden. Einem Teilnehmer zufolge ist „ein besserer Freund auch besser als zum Psychologen zu gehen.“

„Menschen im Umkreis dieser Person [können helfen], einfach Menschen, die da Mitgefühl zeigen und Empathie. Es muss aber nicht sein, dass die Menschen auf ihn zeigen und sagen ‚Ja, du hast diese und jede Krankheit und wir helfen dir deswegen‘, einfach nur, dass sie Empathie und Verständnis zeigen und sozusagen auf ihn schauen, auf die betroffene Person.“

„Wenn die Person zum Beispiel keine Familie hat oder die Familie nicht hier ist, sollte sich diese Person...einen Freund suchen, mit dem man dasselbe Streben hat, sich weiterzubilden und etwas Positives zu verändern.“

Des Weiteren wurde von Teilnehmenden beider Fokusgruppen die Hilfe durch externe Personen genannt. Das können Personen sein, die psychologische Hilfe leisten, aber nicht zwingend eine Profession haben müssen. Zwei Teilnehmende nannten in diesem Zusammenhang erneut die Unterstützung der externen Personen durch Zeigen von Empathie, Verständnis und dem Sprechen über das Problem. Die externe Person könnte der betroffenen Person auch helfen, indem sie ihr neue Dinge zeigt oder das Problem genauer hinterfragt und ihr sagt, was sie machen könnte, damit sich die Situation zum Besseren ändert.

„Menschen, die ihm sagen ‚Warum isolierst du dich? Warum bist du da so alleine?‘. Zum Beispiel ‚Geh und hör Musik, Geh und mach das und jenes‘ und dass da vielleicht auch jemand ist, der...genau sagen kann, was er_sie machen soll, damit sich das ändert.“

„Also...eine Person könnte sich ihm zuwenden, die psychische Hilfe beileistet, aber keine professionelle, also...nicht von einem Arzt, einfach eine Person...die mit ihm dann spricht und ihm zuhört und Empathie zeigt. Eine Person, die ihm vielleicht neue Dinge zeigt, die er noch nicht gesehen hat, neue Orte etc.“

„Primär wäre aber auch eine Person zum Beispiel in Anspruch zu nehmen, die einfach einfühlsam ist und Empathie zeigt und die sozusagen, die betroffene Person versteht und seine_ihre Probleme.“

Formelle Behandlungsmethoden. In der Fokusgruppe zu der Fallvignette Depression waren sich alle Teilnehmenden einig, dass die betroffene Person psychologische Hilfe braucht und daher Unterstützung bei einem_einer Psycholog_in suchen sollte. Ein Teilnehmer erwähnte in diesem Zusammenhang, dass der_die Psycholog_in eine Anlaufstelle ist, wenn die Familie nicht weiterhelfen kann beziehungsweise keine Lösung für das Problem gefunden hat. Zwei Teilnehmer der Fokusgruppe zu der PTBS-Fallvignette meinten, dass die Hilfe am besten durch einen_eine Psycholog_in erfolgen sollte, der_die der betroffenen Person hilft, mit der belastenden Situation umzugehen. Eine weitere Person aus der PTBS-Fokusgruppe erklärte, dass die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung die letzte Instanz in Syrien wäre.

„Die Person braucht Hilfe und jemanden, der sich damit auskennt. Jemanden, der in diesem Fachbereich tätig ist. In dem Fall psychologische Hilfe...das Problem [hat] sich...vergrößert...und das wird nicht einfach so weggehen, weil...da war ein Krieg, dementsprechend braucht die Person Hilfe und Unterstützung. Ansonsten wird sich die Situation nur verschlimmern.“

„Eine...psychologische Hilfe ist halt eine Lösung für so eine betroffene Person.“

„Wenn die Person an psychischen Episoden oder an Depression leidet, wenn primär die Familie da nicht helfen kann oder da kein Lösungsweg von der Familie kommen kann, dann wendet man sich an den Psychologen und der versucht dann zu helfen.“

Ein Teilnehmer aus der Fokusgruppe zu Depressionen beschrieb ein Programm, in dem medizinische Sessions mit den betroffenen Personen stattfinden sollen. Diese Sessions sollen dazu dienen, Ursachen des Problems aufzudecken und Lösungen zu finden. Diese Lösungen können beinhalten, dass die Person ihr Verhalten ändert, die Ernährung umstellt oder Medikamente verabreicht bekommt. Die Einstellungen zu Medikamenten waren gemischt. Ein Teilnehmer aus der Fokusgruppe zu Depressionen meinte, dass Medikamente, nach der Diagnose des Problems, an zweiter Stelle stehen würden. Ein weiterer Teilnehmer aus der PTBS-Fokusgruppe war der Meinung, dass, wenn die Person Medikamente brauchen

sollte, diese auch helfen würden. Ein Teilnehmer aus derselben Fokusgruppe kritisierte jedoch, dass Medikamente gesundheitliche Folgen haben könnten und nach Verbesserung der Situation eine Abhängigkeit entstehen könnte.

Individuelle Bewältigungsmöglichkeiten. Als Bewältigungsmöglichkeit, die die Personen selbst tun kann, um die Situation zu verbessern, wurden sowohl für PTBS als auch Depression als häufigste Strategie das Knüpfen neuer sozialer Kontakte sowie die Integration in die Aufnahmegesellschaft genannt. Teilnehmende der Fokusgruppe zu Depression richteten den Fokus dabei eher darauf, neue Menschen kennenzulernen, um sich nicht zu isolieren und gemeinsam Aktivitäten zu unternehmen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe zu PTBS betonten in diesem Zusammenhang die sozialen Kontakte eher, um sich zu integrieren und sich gemeinsam weiterzubilden, um die Situation zu verbessern.

„Die Person könnte bestimmte Aktivitäten in Anspruch nehmen, wie zum Beispiel Leute kennenlernen, mit Leuten in Kontakt treten.“

„Wenn die Person zum Beispiel keine Familie hier hat oder die Familie nicht hier ist, sollte sich diese Person zum Beispiel einen Freund suchen, mit dem man dasselbe Streben hat, sich weiterzubilden und etwas Positives zu verändern.“

Der Fokus auf Arbeit oder Bildung wurde vor allem von den Teilnehmenden der Fokusgruppe zu PTBS erwähnt. Zwei Teilnehmer waren der Meinung, dass der Fokus auf eine Ausbildung der Person helfen könnte, ihre Zeit sinnvoll zu nutzen und sich persönlich weiterzubilden. In diesem Kontext beschrieben auch zwei Teilnehmer, dass die Person, sobald sich die Situation im Heimatland bessert, wieder zurückkehren möchte. Bis dahin sollte man sich jedoch auf die Arbeit oder eine Ausbildung konzentrieren. Ein Teilnehmer der Fokusgruppe zu Depressionen führte aus, dass die Person ihre Zeit nutzen könnte, um ihre Sprachkenntnisse zu verbessern.

„Eine Lösung [ist], dass diese Person sich auf seine oder ihre Arbeit fokussiert oder Ausbildung und wenn die Situation sich im eigenen Land wieder verbessert, dass man wieder ins eigene Land...zurückkommen kann.“

„Die Person, selbst wenn sie nach Hilfe sucht oder Hilfe braucht, dass es schwierig wird, diese Hilfe zu bekommen und deswegen sollte diese Person ihre Zeit sinnvoll nutzen mit Arbeiten oder sich auszubilden, damit er oder sie vorankommt.“

„Der Gedanke, ich möchte was verändern, ich möchte die Sprache lernen, weitermachen und dann immer noch zu meiner Familie zurück, aber ich möchte jetzt an mir was ändern, hier was machen.“

Vier der Teilnehmenden waren der Ansicht, dass es im eigenen Handlungsspielraum der betroffenen Person liegt, ob sich an der Situation etwas verbessert oder nicht. Die Person

muss erst an sich glauben und daran, dass sich an der Situation etwas verändern kann. Teilnehmer der Fokusgruppe zu PTBS meinten, dass die Person die Entscheidungsmacht hat, wie sie mit einem Problem umgeht.

„Es ist wieder auf die Person selbst zurückzuführen und es ist immer abhängig von der betroffenen Person selbst.“

„Die Person muss primär erstmal an sich glauben und daran, dass sie was verändern kann.“

Ein Teilnehmer der Fokusgruppe zu Depressionen äußerte, dass wenn es keine Lösung gibt oder die Lösung des Problems nicht in der eigenen Macht liegt, dann muss die betroffene Person die Situation akzeptieren und versuchen, sich dadurch nicht runterziehen zu lassen.

„Wenn das Problem [immer noch] keine Lösung hat oder die Lösung nicht unter der eigenen Macht steht, dann muss die Person die Situation so akzeptieren.“

Darüber hinaus sahen die Teilnehmenden beider Fokusgruppen Aktivitäten wie Sport als Bewältigungsmöglichkeit, um die Situation zum Positiven zu verändern. Des Weiteren wurden von Teilnehmenden der Fokusgruppe zu Depressionen Routine, gesunde Ernährung und die Anschaffung eines Haustiers als Möglichkeiten der Verbesserung erwähnt.

„Also primär [ist] ein Lösungsweg...das frühe Aufstehen...[Ich] steh[e] zum Beispiel um 4:30 Uhr auf in der Früh, um in die Moschee zu gehen und danach geh[e] [ich] Sport machen....Dann nutzt[e] [ich meine] Zeit, um die Sprache zu verbessern.... [Ich] geh[e] spazieren, [trete] in Kontakt auch mit [meiner] Familie, die immer noch in Syrien ist....Und das sind für [mich] so Maßnahmen, um die Situation...zu verbessern.“

Auswirkungen keiner Behandlung. Sollte sich die betroffene Person nicht in Behandlung begeben, so kann eine Konsequenz für PTBS als auch Depressionen die Verschlechterung der Situation sein. Ein Teilnehmer meinte, dass sich eine Depression auch aus medizinischer Sicht verschlechtern bzw. verstärken würde. Ein Teilnehmer der Fokusgruppe zu PTBS meinte allerdings, dass auch ein Gleichbleiben der Situation die Folge sein kann. Zwei Teilnehmende nannten Suizid als mögliche Konsequenz einer PTBS oder Depression, wenn die Person nicht die Hilfe erhält, die sie braucht.

„Wenn die Person nicht vom Umkreis oder Menschen die Hilfe bekommt, kann das letztlich zu Suizid führen...Auch wenn die Person nicht den Glauben an sich selbst hat, kann das alles dann dazu führen, dass die Person Selbstmord begeht.“

„Wenn wir von leichten sozusagen psychischen Erkrankungen sprechen, werden sie sich vergrößern und der Depression verfällt man immer mehr, bis hin dass es dann auch wie

gesagt Endstadien Suizid kommen kann. Und wie jede andere Krankheit...verschlechtert sich natürlich diese auch.“

Einfluss von Religion. Religion spielte im Zusammenhang mit PTBS und Depressionen eine große Rolle, da sie Einfluss auf die Situation der betroffenen Person haben kann. Den Teilnehmenden beider Fokusgruppen zufolge kann Religion positive Auswirkungen haben und zu einer Verbesserung der Situation führen. Je nachdem, wie religiös eine Person und wie stark der Glaube ist, wird sich dies auf die Situation auswirken. Ein Teilnehmer der PTBS-Fokusgruppe unterscheidet auch darin, ob eine Person einer Religion bloß angehört oder diese auch lebt.

„Jemand hat eine Religion und jemand lebt tatsächlich diese Religion aus und hat diesen Imam [aus dem Arabischen, religiöse Führungsperson] und [ist] dementsprechend...abhängig davon. Das heißt eine Person, die zwar einer Religion angehört..., aber...sich nicht an ihre Regeln hält oder nicht...an den Glauben festhält, da wird sich dann nichts ändern.“

„Wenn die Person die Religion ausübt und der Glaube da ist, [ist] das trotzdem besser...als jemand, der keinen Glauben hat und...das [stärkt] trotzdem diese Personen...und diesen Personen gehts dann besser.“

Ein Teilnehmer der Fokusgruppe zu PTBS meinte, dass der Glaube Betroffene auch von Suizid abhalten würde. Selbst wenn die betroffene Person an Suizid denkt, würde sie ihn nicht ausführen, weil sie gläubig ist und sich über die Folgen bewusst ist.

„Im Islam [stehen] bestimmte Regeln [fest]....Wenn [sich] jemand...dennoch entscheidet, sich umzubringen, dass er für immer und ewig, und da geht man davon aus vom Glauben, dass man...an das Jenseits glaubt, sprich Feuer und Paradies. Und [derjenige] dann eben [im] Feuer landet und dort auch für immer bleibt...Und er kennt...viele, die es nicht tun, aufgrund...dessen, dass sie wissen, was die Folgen wären...Zum Beispiel [Leute] im Libanon oder der Türkei, wo die Situation...sehr schlecht ist und...das einzige was sie davon abhält ist sozusagen der Glaube.“

Gründe für und gegen die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote

Die dritte Fragestellung lautete „Welche Gründe gibt es, dass psychosoziale Unterstützungsangebote unzureichend in Anspruch genommen werden?“.

Gründe für die Inanspruchnahme. Der häufigste Grund, warum psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden, war für die Teilnehmenden der PTBS-Fokusgruppe die Verbesserung der Situation. Die Teilnehmer waren der Auffassung, dass ein_eine Psycholog_in Lösungen für das Problem finden und somit zu einer Verbesserung der Situation beitragen kann. Einem Teilnehmer zufolge ist das Wichtigste,

dass sich die betroffene Person bei dem_der Psycholog_in öffnen und mit ihr über das Problem sprechen kann.

„Wenn die Person folglich ihrer psychologischen Beschwerden zum Psychologen geht, dass da auch eine Lösung gefunden werden wird....Wie zum Beispiel, wenn jetzt jemand Beschwerden am Herz hätte und er zu einem Arzt geht, dann wird der auch seine Beschwerden beheben.“

„Seine Situation oder ihre Situation würde sich verbessern, wenn er_sie zum Psychologen geht.“

Der zweithäufigste Grund, der für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote sprach, war das Anbieten professioneller Hilfe und wurde von den Teilnehmenden beider Fokusgruppen gleichermaßen vertreten. Eine betroffene Person braucht Hilfe von anderen Personen, die sich mit dem Problem auskennen und in diesem Fachbereich tätig sind.

„Bevor man sich irgendwelchen Leuten zuwendet, die sich da nicht auskennen, vielleicht sogar einen, der sich im Namen der Religion hier ausgibt, dass er da helfen kann, sollte man vielleicht doch zu jemandem, der diese Profession erlernt hat und der ihm helfen kann...wie gesagt ein Psychologe. Und da ist man dann...auf der sicheren Seite.“

„Die Person braucht Hilfe und jemanden, der sich damit auskennt. Jemanden, der in diesem Fachbereich tätig ist. In dem Fall, psychologische Hilfe.“

In diesem Kontext erwähnten zwei Teilnehmer der Fokusgruppe zu PTBS, dass die professionelle Hilfe durch Psycholog_innen beinhalten kann, dass der betroffenen Person gezeigt wird, wie sie ihr Verhalten ändern kann, um zu einer Verbesserung der Situation beizutragen.

„Vielleicht geht es nicht nur darum, dass ihm die Person Medikamente verschreibt, sondern eventuell ihm auch sagt oder ihn darauf hinweist, wie er sein Verhalten ändern kann zum Besseren.“

Ein weiterer Teilnehmer der PTBS-Fokusgruppe meinte, dass wenn es keinen Vorteil mit sich bringt, zum_zur Psycholog_in zu gehen, dann wird es zumindest auch keine nachteiligen Folgen haben.

„Wenn man zum Psychologen geht [sehe ich] darin keinen Nachteil und selbst wenn es keinen Vorteil geben sollte, wird es keinen Nachteil geben. Das heißt primär wenn es vielleicht keinen Menschen im Umfeld gibt, der einem helfen kann, dann wird der Psychologe zuhören können, aber im Endeffekt wenn er selbst nicht helfen kann oder wenn's nichts Positives daraus gibt, wirds auch nichts negatives geben.“

Gründe gegen die Inanspruchnahme. Der am häufigsten angegebene Grund, dass psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden, war für die Teilnehmender beider Fokusgruppe die Bevorzugung sozialer Unterstützung durch die Familie und Freund_innen. Die Lösung des Problems liegt meistens in der Familie, da Angehörige die betroffene Person besser kennen und daher auch angemessenere Hilfestellungen geben können. Nur wenn man Hilfe bei der Familie angesucht hat und diese nicht helfen kann, soll man zu einem_einer Psycholog_in gehen.

„Nicht die erste Instanz [sollte] direkt sein..., dass man zum Psychologen [geht], eventuell gibts auch Hilfe von Angehörigen.“

„In Ländern wie zum Beispiel Syrien...oder in solchen Kulturkreisen hat man meistens eine größere Familie und meistens liegt die Lösung bei der Familie, bei zum Beispiel den Eltern, dem Bruder oder bei einem Familienangehörigen, der die Person kennt und der da wirklich helfen kann oder mehr helfen kann als der Psychologe. Und deswegen kann es manchmal besser sein...die Hilfestellung der Familie in Anspruch zu nehmen als die von einem Psychologen.“

Mehrere Teilnehmende der PTBS-Fokusgruppe vertraten die Annahme, dass die Sorge vor Fehldiagnosen und falsche Einschätzungen der Situation von dem_der Psycholog_in Gründe sind, warum psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden. Die gestellte Diagnose und wahrgenommenen Symptome könnten eine Übertreibung der eigentlichen Situation darstellen, was in weiterer Folge zu einer Verschlechterung führt.

„Es könnte auch ein schlechter Arzt...sein, der die Situation nicht richtig einschätzt, weil er ist mit dem Arzt nicht für eine längere Zeit oder mit dem Psychologen...Wenn...der Psychologe kein guter ist, [dann könnte] sich die Situation vielleicht sogar verschlechtern.“

„Der Arzt [könnte] die Diagnose oder die Untersuchung bezüglich der betroffenen Person übertreiben.“

„Die Person könnte solche Symptome haben..., aber die Person weiß nichts davon und weil der Arzt sie dann anspricht oder sie übertreibt, dann sagt der Patient ‚Ja, stimmt‘ und übertreibt die Situation.“

Die gesellschaftliche Stigmatisierung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung stellt für einen Teilnehmer der PTBS-Fokusgruppe einen weitere Grund dar, warum die Behandlung durch Psycholog_innen nicht in Anspruch genommen wird. Er meinte, dass die letzte Anlaufstelle wäre, psychologische Unterstützung zu beanspruchen. Psychologische Hilfe beschrieb er als gesellschaftliches Tabu, das nur als allerletzter Ausweg in Anspruch genommen wird.

„Jemand..., der aus gesellschaftlichen Gründen begründet, dass er nicht zum Psychologen gehen würde, weil das wäre die letzte Instanz. Und selbst wenn die nicht dann klappen würde, stößt diese Person auf Hoffnungslosigkeit, weil die letzte Karte sozusagen verwendet wurde. Dementsprechend versucht die Person alle Instanzen zu verwenden, aber nicht zum Psychologen.“

„Die letzte Instanz zu der man greifen würde in Syrien wäre die psychologische Hilfe, weil das auch so ein bisschen...ein Tabu wäre, innerhalb der Gesellschaft.“

Zwei Personen der PTBS-Fokusgruppe führten außerdem die geringe Verfügbarkeit passender psychosozialer Unterstützungsangebote an und dass der Staat keine Hilfe bei der Behandlung psychischer Erkrankungen bietet. Auch wenn man nach Unterstützung sucht, bekommt man diese nicht.

„[Ich gehe] davon aus,...dass die Person, selbst wenn sie nach Hilfe sucht oder Hilfe braucht, dass es schwierig wird, diese Hilfe zu bekommen.“

Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote

Die vierte und letzte Fragestellung lautete „Welche Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote gibt es? Was könnte getan werden, um den Betroffenen den Zugang zu erleichtern?“.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich die Antworten der Teilnehmenden vorwiegend auf politischer Ebene bewegen und die Fragestellung daher nur unzureichend beantwortet werden kann. Es kann anhand der Aussagen der Teilnehmenden nicht darauf geschlossen werden, dass sich die genannten politischen Maßnahmen, die der Staat unternehmen könnte, auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote auswirken würden.

Verkürzung der Wartezeiten. Lange Wartezeiten wurden von zwei Teilnehmern der PTBS-Fokusgruppe sowohl hinsichtlich des Zugangs zu psychosozialer Unterstützung als auch der Möglichkeit, Sprachkurse zu besuchen, angeführt.

„Personen, die hierher kommen, selbst wenn sie nicht an psychologischen Folgen leiden, dass...dieses lange Warten darauf, dass man Unterstützung erhält...dass das wieder viel zu viel Zeit in Anspruch nimmt und dass man da wieder sozusagen eventuell ja in schlechte Muster verfällt und eventuell dann auch an psychologischen Folgen leiden kann.“

Den Teilnehmenden der Fokusgruppe zu PTBS zufolge, vergeht zu viel Zeit zwischen der Ankunft in Österreich und der Option, einen Sprachkurs zu besuchen. Auch zwischen den

Sprachkursen liegt zu viel Zeit, da teilweise zwei bis drei Monate gewartet werden muss, bis nach Abschluss eines Kurses der nächste begonnen werden kann.

„Die Zeit, die man als Staat unternimmt,...um [die] Situation zu verbessern, dass [man] sich integrieren kann, was zum Beispiel Sprache auch angeht, dass [nimmt] zu lange in Anspruch....Zum Beispiel [kenne ich] jemanden, der...erst nach zwei Jahren...die Möglichkeit [hatte], sich auch sprachlich zu integrieren.“

Erleichterung des Zugangs zu psychosozialer Unterstützung. Bereits im Kontext vorhandener Gründe, die gegen die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote sprechen, führten zwei Teilnehmer der PTBS-Fokusgruppe aus, dass es schwierig ist, Unterstützung zu erhalten. Die Personen waren der Meinung, dass der Staat generell keine Hilfe ist.

„Aber der Staat, der hat [mir] nicht geholfen und der Staat hilft solchen Personen nicht.“

Möglichkeit auf Arbeit und Bildung. In Bezug auf Möglichkeiten auf Bildung wurde nicht nur die Verbesserung der Sprachkurse erwähnt, sondern auch die Möglichkeit auf Arbeit. Ein Teilnehmer meinte, dass er aufgrund seines Alters immer abgelehnt wird und somit gar keine Aussicht auf eine Berufsausübung hat. Ein weiterer Teilnehmer war der Ansicht, dass man Geflüchteten zumindest in Berufen, die keine sprachliche Kompetenz erfordern, die Möglichkeiten geben sollte, einen Beruf ausüben zu können, um zusätzlich etwas Geld zu verdienen. Insbesondere für verheiratete Männer ist es einem Teilnehmer zufolge von großer Relevanz, zusätzlich zu dem zur Verfügung gestellten Geld, etwas dazuzuverdienen, um die Familien, die sich häufig noch in den Heimatländern befinden, finanziell unterstützen zu können.

Maßnahmen gegen unfaire politische Behandlung. Drei der Teilnehmer der PTBS-Fokusgruppe äußerten, dass sie sich in politischen Entscheidungen unfair behandelt fühlen, insbesondere im Vergleich zu anderen Geflüchtetengruppen wie geflüchteten Menschen aus der Ukraine. Den Teilnehmern zufolge betrafen politische Entscheidungen beispielsweise das Asylverfahren oder die zur Verfügung gestellte finanzielle Unterstützung.

„Die Maßnahmen der Unterstützung von Seiten der Behörden...[sind] auf politische Bestimmungen zurückzuführen,...die veraltet sind....Zum Beispiel...syrischen Flüchtlinge hier in Österreich [werden] als Minderheit behandelt...und benachteiligt...obwohl sie eigentlich hier die Mehrheit sind....Im Vergleich zu den Schiiten und Kurden, die [werden] bevorzugt...gegenüber den arabischen Syrern.“

„Zum Beispiel Ukrainer oder auch syrischen Flüchtlinge...mit den Ukrainern sieht das alles viel positiver aus. Da werden zum Beispiel die Flüchtlinge sogar mit Bussen aus dem eigenen Land abgeholt und äh, ja, sieht ganz anders aus die Behandlung.“

Erleichterung der Familienzusammenführung. In Hinblick auf die Familienzusammenführung wünschten sich zwei Teilnehmer der PTBS- und Depressions-Fokusgruppe, dass die Wartezeiten verkürzt und die Zusammenführung erleichtert werden sollten.

„Und auch die Familie..., dass man da sehr lange wartet, bis die Familie auch...dahin kommen kann, wo man jetzt auch lebt....diese Prozesse [sollten] sich verschnellern.“
„Leute die zum Beispiel ihre Familie nicht gesehen haben vor längerer Zeit und die noch immer im Ausland leben, dass es vielleicht die Möglichkeit gibt, dass die auch herkommen können, auch wenn nur zu Besuch.“

Verbesserung des Asylverfahrens. In Bezug auf das Asylverfahren kritisierten zwei Teilnehmer beider Fokusgruppen neben den unfairen Entscheidungen zudem die langen Wartezeiten. Der Bearbeitungsprozess und die Entscheidung, ob Asyl gewährt wird oder nicht, nimmt zu viel Zeit in Anspruch.

„Im Bearbeitungsprozess, dass...Papiere, die von den Behörden bearbeitet [werden], dass der Prozess da ein bisschen mehr in die Gänge kommen sollte, sprich ein bisschen schneller sein sollte.“

Verbesserung der Unterbringung. Als letzten Punkt, in dem sich ein Teilnehmer der Fokusgruppe zu Depressionen Verbesserungen wünschte, wurde die Situation der Unterbringung angesprochen. Privatwohnungen sind zu teuer, die institutionelle Unterbringung in Mehrpersonenwohnungen führt jedoch häufig zu Konflikten, da sich die Menschen zu siebt ein Zimmer teilen müssen.

„Problem[e] mit der Unterkunft, sprich Wohnungen....Da [mangelt es] an Unterstützung....Wenn man zum Beispiel Anspruch nehmen will an einer Privatwohnung,...die [kann] man sich nicht leisten...da [mangelt es] an...Hilfestellungen.“

„Das Problem mit Unterkünften, dass man da meistens zu siebent...da lebt gemeinsam und da passieren dann Probleme, da herrschen dann Konflikte und dass da der Staat sozusagen dann nicht denen eigene Wohnungen oder eine Unterkunft sichert, vor allem auch für Verheiratete, genau dasselbe Problem.“

Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit untersuchte vorhandene Konzepte psychischer Erkrankungen sowie Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote bei syrischen Geflüchteten in Österreich. Mithilfe von zwei Fokusgruppendifkussionen wurden Konzepte von PTBS und Depressionen, das bevorzugte Hilfesuchverhalten bei Vorliegen einer PTBS oder Depression, Gründe für und Gründe gegen die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote sowie Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote bei syrischen Geflüchteten erhoben.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den bisherigen Wissensstand

Die Ergebnisse zeigten Ähnlichkeiten in der Art und Weise wie der Zustand der Person in der Fallvignette bezeichnet und erklärt wurde. Sowohl PTBS als auch Depressionen wurden als solche identifiziert. Die beschriebenen Symptome erkannten die Teilnehmenden entweder bei sich selbst oder bei einer ihnen bekannten Personen. Als Symptome einer PTBS wurden Wiedererleben in Form von Flashbacks oder Alpträumen sowie Schlafprobleme berichtet. Appetitlosigkeit und Zittern waren wahrgenommene Symptome, die auf eine Depression hindeuten können. Diese Ergebnisse sind überwiegend in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden zu Konzepten psychischer Erkrankungen bei syrischen Geflüchteten. In einer Studie über syrische Geflüchtete in Deutschland (Renner et al., 2020) wurden Depressionen als solche erkannt, PTBS wurden jedoch nicht explizit erwähnt. Die in der Fokusgruppe geschilderten Symptome zeigten ebenfalls Überschneidungen mit der Studie von Renner et al. (2020). Im Kontrast zu vorherigen Studienresultaten verwendeten die Teilnehmenden der vorliegenden Studie keine indirekten Ausdrücke, um psychische Zustände zu beschreiben (Hassan et al., 2015) und beschrieben Depressionen nicht als Müdigkeit oder Faulheit (Aarethun et al., 2021; Bawadi et al., 2022). In Übereinstimmung mit bisherigen Forschungsergebnissen wurden PTBS als auch Depressionen vorwiegend auf extern verursachte Stressoren zurückgeführt. Die Trennung von der Familie, Sorgen um die Familie im Heimatland, Hoffnungslosigkeit, Akkulturationsprobleme sowie Verluste waren die am häufigsten genannten Stressoren, die eine PTBS oder Depression verursachen können (Aarethun et al., 2021; Renner et al., 2020). Probleme beim Asylverfahren und Schwierigkeiten mit der Bürokratie sowie fehlende Möglichkeiten auf Aus- und Weiterbildung waren Ursachen für Depressionen. Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden von syrischen Geflüchteten in Deutschland (Renner et al., 2020) und Norwegen (Aarethun et al., 2021) überein. PTBS wurden als Reaktion auf erlebte traumatische

Ereignisse erklärt, dieser Befund findet sich ebenfalls in bisheriger Literatur (Aarethun et al., 2021; Renner et al., 2020). Mögliche Konsequenzen von PTBS und Depressionen waren Unproduktivität sowie körperliche Folgen (z.B. Herzinfarkt) und Suizid. Soziale Isolation und Rückzug können Folgen von Depressionen sein.

Im Gegensatz zu vorherigen Befunden zeigten die Teilnehmenden der vorliegenden Studie kein mangelndes Bewusstsein für psychische Erkrankungen und waren nicht der Ansicht, dass sie kein behandlungsbedürftiges Problem hätten (Bawadi et al., 2022). Die bevorzugten Behandlungsmethoden, die von den Teilnehmenden als wirksam erachtet wurden und daher in Anspruch genommen werden würden, unterschieden sich jedoch je nach Fallvignette. Die bevorzugte Unterstützungsquelle bei Vorliegen einer PTBS war für die meisten Teilnehmenden die Unterstützung durch Bezugspersonen, was im Einklang mit früheren Untersuchungen steht, die gezeigt haben, dass Hilfe zunächst bei Familie und Freund_innen gesucht wird (Aarethun et al., 2021; Renner et al., 2020). Beim Vorliegen einer Depression war psychologische Unterstützung für die Mehrheit die bevorzugte Behandlungsmöglichkeit. Eine Person erwähnte jedoch, dass der_die Psycholog_in eine Unterstützungsquelle darstellt, wenn die Familie nicht weiterhelfen kann. Renner et al. (2020) kamen in ihrer Studie zu einem ähnlichen Ergebnis. In Bezug auf Bewältigungs- und Behandlungsmöglichkeiten betonten syrische Geflüchtete in Deutschland die Befriedigung gesundheitlicher Bedürfnisse und nannten explizit die professionelle Unterstützung durch Psycholog_innen als wichtige Behandlungsmöglichkeit. Individuelle Bewältigungsmöglichkeiten für PTBS und Depressionen stellten das Knüpfen neuer sozialer Kontakte sowie die Integration in die Aufnahmegesellschaft dar. Des Weiteren wurden Aktivitäten wie Sport und der Fokus auf Bildung als Selbstbehandlungsoptionen genannt. Diese ressourcenorientierten Bewältigungsmechanismen sowie die Bedeutung von Arbeit und der Teilnahme an der Aufnahmegesellschaften wurden auch in Studien mit syrischen Geflüchteten in Deutschland (Renner et al., 2020) und Norwegen (Aarethun et al., 2021) gefunden. Sollte keine Behandlung in Anspruch genommen werden, könnte das sowohl bei PTBS als auch Depressionen zu einer Verschlechterung der Situation führen, zwei Teilnehmende nannten Suizid als mögliche Konsequenz. Religion kann sowohl für PTBS als auch Depressionen einen positiven Einfluss auf die Situation haben und zu einer Verbesserung führen. Ein Teilnehmer erklärte, dass Religion der Grund ist, warum Betroffene keinen Suizid verüben. Der Glaube und mögliche Folgen würden davon abhalten.

Gründe, die für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote sprachen, waren die Verbesserung der Situation sowie professionelle Hilfe, die durch das

Anleiten zur Verhaltensänderung zu einer Verbesserung beitragen kann. Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote wurden überwiegend für die psychosoziale Unterstützung bei PTBS beobachtet. Identifizierte Barrieren waren die Bevorzugung sozialer Unterstützung, Sorgen vor Fehldiagnosen, die gesellschaftliche Stigmatisierung psychologischer Behandlung sowie eine geringe Verfügbarkeit passender Unterstützungsangebote. In einer Studie mit verschiedenen Geflüchtetengruppen äußerten Geflüchtete ebenfalls die Angst vor Fehldiagnosen sowie mangelndes Vertrauen gegenüber den Behandler_innen und Sorgen um die Vertraulichkeit (Byrow et al., 2020). Insbesondere die negative Konnotation und Stigmatisierung professioneller Unterstützung durch Psycholog_innen wurde bereits in einigen Studien mit syrischen und anderen Geflüchtetengruppen festgestellt (Aarethun et al., 2021; Byrow et al., 2020). Die Stigmatisierung psychosozialer Unterstützungsangebote erwies sich jedoch nicht als Barriere bei Vorliegen einer Depression. In Kontrast zu bisherigen Studienergebnissen erwähnten die Teilnehmenden der vorliegenden Studie keine strukturellen Barrieren wie Schwierigkeiten bei der Terminvergabe, Entfernung (Bawadi et al., 2022) oder finanziellen Schwierigkeiten (Renner et al., 2020), die sie an der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote hindern. Sprachbarrieren erwiesen sich in vorangegangenen Studien als Grund dafür, dass psychosoziale Unterstützungsangebote unzureichend beansprucht werden (Byrow et al., 2020; Renner et al., 2020). Sprachliche Schwierigkeiten wurden in der vorliegenden Studie eher im Zusammenhang mit der Integration im Aufnahmeland und als Hindernis am Arbeitsmarkt gesehen, aber weniger als Barriere für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung. Bisherige Studien berichteten außerdem von mangelnden Informationen über psychosoziale Unterstützungsangebote als Hindernis für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote (Aarethun et al., 2021; Bawadi et al., 2022; Kohlenberger et al., 2019; Renner et al., 2020). Dieses Ergebnis zeigte sich in der vorliegenden Studie nicht. Teilnehmende berichteten zwar von einem unzureichenden Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten und der Schwierigkeit, passende Angebote zu finden, aber die Teilnehmenden führten dies nicht auf mangelnde Informationen zurück. Es könnte allerdings trotzdem sein, dass über passende Unterstützungsangebote nicht genügend Informationen vorhanden waren und sie deshalb nicht in Anspruch genommen werden konnten.

Die Untersuchung möglicher Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote ergab, dass sich syrische Geflüchtete verkürzte Wartezeiten in Bezug auf die Verfügbarkeit von psychosozialer Unterstützung wünschen würden. Verbesserungspotential würde außerdem hinsichtlich des Zugangs zu psychosozialer

Unterstützung bestehen. Syrische Geflüchtete hoffen auf eine Erleichterung des Zugangs, da es schwierig sei, passende Unterstützung zu erhalten.

Darüber hinaus bezogen sich die Antworten der Teilnehmenden überwiegend auf politische Maßnahmen (z.B. Maßnahmen gegen unfaire politische Behandlung, Verbesserung des Asylverfahrens und der Unterbringung, Erleichterung der Familienzusammenführung), die keine Auskunft darüber geben, ob sie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote erleichtern würden. Eine mögliche Erklärung, warum sich die Teilnehmenden in erster Linie auf politische Maßnahmen bezogen, könnte in der Formulierung der Interviewfragen liegen. Zwei Fragen richteten den Fokus explizit auf die Versorgung von staatlicher Seite: „Wie gut fühlen Sie persönlich in Bezug auf psychosoziale Bedürfnisse von staatlicher Seite versorgt?“ und „Welche psychosozialen Bedürfnisse geflüchteter Personen werden von staatlichen Services derzeit nicht ausreichend beachtet?“. Es könnte sein, dass die Fragen zu schwierig oder unklar formuliert waren oder durch die Erwähnung von staatlichen Services in eine falsche Richtung gelenkt haben.

Interpretation und Implikationen für die Praxis

Subjektiv und kulturell geprägte Konzepte psychischer Erkrankungen von syrischen Geflüchteten haben einen Einfluss auf die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen wie PTBS und Depressionen und die wahrgenommene Wirksamkeit von Behandlungsmöglichkeiten. Sie beeinflussen somit das Hilfesuchverhalten sowie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote (Weinman & Petrie, 1997). Konzepte psychischer Erkrankungen können eine Barriere für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote werden, wenn sich das vorhandene psychosoziale Unterstützungsangebot in den Aufnahmeländern von den bevorzugten Behandlungsmethoden syrischer Geflüchteter unterscheidet (Satinsky et al., 2019). Insbesondere für Geflüchtete als vulnerable Bevölkerungsgruppe stellt die Diskrepanz zwischen erhöhtem Behandlungsbedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme ein Problem dar.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sich vorhandene Konzepte von PTBS und Depressionen hinsichtlich ihrer Identität sowie identifizierter Symptome und Ursachen auch in westlichen Klassifikationssystemen wie dem ICD-11 finden (De Vries & Petermann, 2023; Maercker & Augsburger, 2019; Wolfersdorf, 2011). Die Konzepte von PTBS und Depressionen unterschieden sich jedoch in Hinblick auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der psychischen Erkrankungen. Die Kontrollierbarkeit drückt aus, wie gut eine Krankheit durch eine als wirksam erachtete Behandlung kontrolliert werden kann. Keiner der Teilnehmenden war der Ansicht, dass es keine wirksame Behandlungsmöglichkeit gibt,

um mit PTBS oder Depressionen umzugehen. Unterschiede zeigten sich jedoch im bevorzugten Hilfesuchverhalten sowie in der Einstellung gegenüber psychosozialer Unterstützung zwischen und innerhalb der Fallvignetten zur PTBS und Depression. Für PTBS erwies sich für die meisten Teilnehmenden soziale Unterstützung als bevorzugte Behandlungsmethode. Für eine Person stellte psychologische Hilfe das Mittel der Wahl dar. Ein Teilnehmer meinte, dass psychologische Behandlung die letzte Instanz wäre, die man in Anspruch nehmen würde. Dies steht im Kontrast zu Depressionen, bei denen alle Teilnehmenden der Ansicht waren, dass psychologische Hilfe die bevorzugte Behandlungsmöglichkeit darstellt und damit mit den Behandlungen erster Wahl aus westlicher Perspektive übereinstimmt. Eine Person fügte hinzu, dass die Hilfe durch Psycholog_innen erst in Anspruch genommen wird, wenn die Familie keinen Lösungsweg gefunden hat, nichtsdestotrotz stellt psychologische Unterstützung eine wirksame Option dar.

Die als nicht wirksam erachteten und daher nicht in Anspruch genommenen Behandlungsangebote im Aufnahmeland könnten also durchaus ein Grund sein, warum für PTBS psychosoziale Unterstützungsangebote eher nicht beansprucht werden. Für Depressionen lässt sich das unterschiedliche Hilfesuchverhalten jedoch nicht als Barriere festhalten. Das Hilfesuchverhalten bei Vorliegen einer PTBS oder Depression kann sich nicht nur zwischen syrischen Geflüchteten und den bevorzugten Behandlungsmöglichkeiten in Österreich unterscheiden, sondern auch innerhalb der untersuchten Stichprobe syrischer Geflüchteter zeigten sich Unterschiede in der bevorzugten Behandlungsmethode.

Diese uneindeutigen Ergebnisse hinsichtlich der wahrgenommenen Wirksamkeit von und der Kontrollierbarkeit durch Behandlungen unterstreichen, dass Behandlungsangebote der bevorzugten Hilfesuche angepasst werden sollten. Das impliziert, betroffene syrische Geflüchtete individuell nach bevorzugten Behandlungsmethoden zu fragen und den Fokus entsprechend zu legen. Wenn Personen, wie in der Fallvignette zur PTBS, soziale Unterstützung bevorzugen, sollte es Behandlungsmöglichkeiten geben, die den Schwerpunkt darauf setzen und beispielsweise beim Aufbau eines sozialen Netzwerks im Aufnahmeland unterstützen und so den Bedürfnissen der betroffenen Person gerecht werden. Außerdem sollten individuelle Erwartungen an die Behandlung zwischen Patient_in und Behandler_in besprochen werden, da das die Compliance fördern kann. Unter Compliance versteht man die Kooperationsbereitschaft bzw. die Therapiemotivation bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im klinischen oder therapeutischen Kontext (Mühlig, 2023). Die Übereinstimmung zwischen Wahrnehmung und Erwartung der Behandlung zwischen Patient_in und behandelnder Psycholog_in trägt dazu bei, dass ein bestimmtes

Bewältigungsverhalten gezeigt und die Behandlung, beispielsweise die Einnahme von Medikamenten oder die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote, eingehalten wird. Dissonanzen zwischen den Erwartungen können sich also auf das Hilfesuchverhalten, die Compliance sowie die Zufriedenheit der psychologischen Behandlung auswirken. Da westliche Behandler_innen zunehmend mit Patient_innen aus unterschiedlichen kulturellem Hintergrund konfrontiert sind, müssen im klinischen und therapeutischen Setting die kulturell geprägten Konzepte psychischer Erkrankungen berücksichtigt werden. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass syrische Patient_innen mit westlichen kulturellen Konzepten übereinstimmen. Das Besprechen der Erwartungen an die Behandlung sowie der subjektiven Konzepten psychischer Erkrankungen kann kulturelle Distanz minimieren und die Behandlungsbereitschaft positiv beeinflussen.

Neben subjektiv vorhandenen Konzepten psychischer Erkrankungen, die mehr oder weniger mit denen der westlichen Perspektive übereinstimmen können, können die Angst vor Fehldiagnosen und einer Falscheinschätzung durch den_die Behandler_in ein weiterer Grund sein, warum psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden. Die Sorge vor einer falschen oder übertriebenen Diagnose könnte durch eine kulturell angemessene Behandlung durch psychosoziale Unterstützungsdienste im Aufnahmeland verringert werden. Konzepte psychischer Erkrankungen sind stark von dem soziokulturellen Hintergrund einer Person abhängig und können in einer therapeutischen Beziehung zu Missverständnissen führen, wenn kulturelle Differenzen bestehen (Knipper, 2020). Kulturelle Kompetenz seitens der Behandler_innen ist daher unabdingbar für die Arbeit mit Geflüchteten im psychosozialen Kontext (Schouler-Ocak, 2020). Ebenso unverzichtbar ist, dass Behandler_innen mit kulturellen Idiomen vertraut sind und Unterschiede in Symptomäußerungen kennen und bei der Diagnosestellung beachten. Kulturelle Idiome bezeichnen Ausdrucksformen von Stress und Leiden innerhalb einer Kultur und kulturspezifische psychische Gesundheitssymptome. Kulturelle Idiome beziehen sich darauf, wie Menschen ihre Symptome, Krankheiten und Ursachen dafür erklären und welche Behandlung sie für angemessen halten. Die meisten kulturellen Idiome für syrische Geflüchtete trennen nicht zwischen somatischen und psychischen Symptomen (UNHCR, 2015). Das Verständnis für kulturelle Idiome ermöglicht eine bessere interkulturelle Kommunikation und ist unverzichtbar für kultursensible Diagnostik (Weigl & Gaiswinkler, 2019).

Limitationen

Die Studie weist einige Limitationen auf, die im Folgenden berichtet werden sollen.

Eine erste Limitation bezieht sich auf die Repräsentativität der Stichprobe. Alle Teilnehmenden waren männlich und syrischer Herkunft, weswegen die Ergebnisse nicht generalisiert und keine Aussagen über andere Geflüchtetenpopulationen oder weibliche Geflüchtete getroffen werden können. Zudem war die Stichprobe mit $N = 10$ Teilnehmenden sehr klein, was die Repräsentativität der Untersuchung zusätzlich beeinträchtigt. Des Weiteren beschränken sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf die Störungsbilder einer PTBS und Depression, es können keine Annahmen zu psychischen Erkrankungen im Allgemeinen getroffen werden.

Als zweite Einschränkung sind die soziodemographischen Faktoren der Teilnehmenden zu berücksichtigen. Die Personen hatten eine durchschnittliche Schulbildung von 13,7 Jahren ($SD = 3,3$), das Schulsystem in Syrien sieht neun Jahre Pflichtschule vor (ACCORD, 2020). Fünf der Teilnehmer hatten einen Hochschulabschluss, zwei eine Matura. Es können daher keine allgemeinen Aussagen über die syrische Geflüchtetenpopulation getroffen werden, da keine Annahme darüber getroffen werden kann, ob und welchen Einfluss Bildung auf Konzepte psychischer Erkrankungen und das Hilfesuchverhalten hat.

Eine dritte Limitation ergibt sich in Hinblick auf die freiwillige Teilnahme an der Studie. Es könnte sein, dass Personen, die sich aus eigenem Interesse an einer Studie zu mentaler Gesundheit bereiterklären, von vornherein eine positivere Einstellung zu psychischer Gesundheit haben und sich die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen auch auf die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen auswirkt.

Die vierte Limitation bezieht sich auf das Anwendungsfeld von Fokusgruppen. Fokusgruppen sind weniger geeignet für das Besprechen intimer, tabuisierter oder stigmatisierter Themen. Aus diesem Grund wurden die diskutierten Themen anhand einer Fallvignette behandelt. Es bleibt jedoch offen, ob die Teilnehmenden eventuell trotzdem gehemmt waren, in Anwesenheit anderer Personen aus ihrer Community, bestimmte Meinungen und Ansichten über stigmatisierte Themen zu äußern.

Ausblick für zukünftige Forschung

Für zukünftige Forschung wäre es interessant, weitere psychische Erkrankungen neben PTBS und Depressionen hinsichtlich der bestehenden Konzepte und des bevorzugten Hilfesuchverhaltens zu untersuchen. Aus der vorliegenden Studie geht auch nicht ausreichend hervor, welche Faktoren zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer

Unterstützungsangebote es gibt. Weitere Untersuchungen sind nötig, um Faktoren ausfindig zu machen, die die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung erleichtern können.

Conclusio

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass syrische Geflüchtete Symptome, die auf eine PTBS oder Depression hindeuten, bei sich oder anderen Person erkennen und die psychische Erkrankung auch als solche bezeichnen, sich jedoch im Hinblick auf das Hilfesuchverhalten sowie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote unterscheiden können. Für eine bedürfnisorientierte kultursensible Behandlung sollte daher das individuelle Konzept von PTBS und Depression erfragt werden, um Einstellungen gegenüber einer Behandlung sowie die wahrgenommene Wirksamkeit berücksichtigen zu können. Sorgen vor Fehldiagnosen, die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie die Bevorzugung sozialer Unterstützung sind häufige Gründe, warum psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden. Das Bewusstsein und Verständnis über kulturelle Ausdrucksformen von Stress und Leiden sowie die Bereitschaft von Seiten der Behandler_innen, soziale Dimensionen in die psychosoziale Behandlung miteinzubeziehen, ermöglichen eine bessere interkulturelle Kommunikation und sind unverzichtbar für kultursensible Diagnostik und Behandlung.

Literaturverzeichnis

- Aarethun, V., Sandal, G. M., Guribye, E., Markova, V. & Bye, H. H. (2021). Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *Social Science & Medicine*, 277(113889).
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113889>
- ACCORD (2020). *Das Schulsystem in Syrien*.
https://www.ecoi.net/en/file/local/2030024/Schulsystem+Syrien_2020.pdf
- Alemi, Q., James, S. & Montgomery, S. (2016). Contextualising Afghan refugee views of depression through narratives of trauma, resettlement stress, and coping. *Transcultural Psychiatry*, 53(5), 630–653. <https://doi.org/10.1177/1363461516660937>
- Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M. & Jamil, H. (2013). Resilience as a Protective Factor Against the Development of Psychopathology Among Refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 167–172.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848afe>
- Baines, T. & Wittkowski, A. (2013). A Systematic Review of the Literature Exploring Illness Perceptions in Mental Health Utilising the Self-Regulation Model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Bettmann, J. E., Penney, D., Clarkson Freeman, P. & Lecy, N. (2015). Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness (2015). *Social Work in Health Care*, 54(8), 738–757.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1046578>
- 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).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(29).
<https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E. & Erim, Y. (2020). The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*, 20(362).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsument_innenschutz (BMASGK; 2019). *Depressionsbericht Österreich: Eine interdisziplinäre und*

multiperspektivische Bestandsaufnahme.

<https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:d5e5e1ea-a9df-4764-ab77-c275a299087f/Depressionsbericht.pdf>

Bundesministerium für Inneres (BMI; 2023). *Asyl-Statistik September 2023.*

https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/2023/Asylstatistik_September_2023_web.pdf

Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P. & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 75(101812).

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>

Cannon, M., Credé, M., Kimber, J. M., Brunkow, A., Nelson, R. & McAndrew, L. M. (2022).

The common-sense model and mental illness outcomes: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(4), 1186–1202. <https://doi.org/10.1002/cpp.2721>

Conrad, R. (2018). Flucht und Trauma – Psychische Implikationen der Heimatlosigkeit. In Becker, M., Kronenberg, V. & Pompe, H. (Hrsg.). *Fluchtpunkt Integration – Panorama eines Problemfeldes* (S. 171–189). Springer VS.

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-19430-7>

De Vries, U. & Petermann, F. (2023, 22. Oktober). *Depression*. Dorsch Lexikon der Psychologie.

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/depression#search=fc6dd1ad20a49546b032f9d570ff1652&offset=0>

Grupp, F., Moro, M. R., Nater, U. M., Skandrani, S. M. & Mewes, R. (2018). “It’s That Route That Makes Us Sick”: Exploring Lay Beliefs About Causes of Post-traumatic Stress Disorder Among Sub-saharan African Asylum Seekers in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 9(628). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00628>

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184.

<https://doi.org/10.1080/088704403100081321>

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, 16(3), 347–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>

Hajak, V. L., Sardana, S., Verdelli, H. & Grimm, S. (2021). A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in

- Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12(643704).
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704>
- Harris, S. M., Sandal, G. M., Bye, H. H., Palinkas, L. A. & Binder, P-E. (2021). Integration Is Correlated With Mental Health Help-Seeking From the General Practitioner: Syrian Refugees' Preferences and Perceived Barriers. *Frontiers in Public Health*, 9(777582).
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.777582>
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., El Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. & Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians - A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict*.
<https://www.unhcr.org/uk/55f6b90f9.pdf>
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A. & Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 129–141.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000044>
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Springer.
- Klauer, T. (2023, 21. Oktober). *Hilfesuchverhalten*. Dorsch Lexikon der Psychologie.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/hilfesuchverhalten#search=4ac729630e15cdf03cc8ec03ba0a4539&offset=0>
- Knappe, S. & Wittchen, H.-U. (2020). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl., S. 29–56). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Knipper, M. (2020). Kultursensible Supervision. In Stingl, M. & Hanewald, B. (Hrsg.), *Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung Geflüchteter: Ein Praxisleitfaden* (S. 97–110). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kohlenberger, J. (2019). Psychosoziale Gesundheit und Gesundheitszugang von Geflüchteten in Österreich: Ergebnisse aus dem Refugee Health and Integration Survey. *Wirtschaftsuniversität Wien*. <https://www.okay-line.at/file/656/jkohlenberger.pdf>
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S. & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833–839.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014>

- Leitner, S., Landesmann, M., Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I. & Rengs, B. (2019). The effect of stressors and resilience factors on mental health of recent refugees in Austria. *Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche*. <https://wiiw.ac.at/the-effect-of-stressors-and-resilience-factors-on-mental-health-of-recent-refugees-in-austria-dlp-5105.pdf>
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness Representations: Theoretical Foundations. In Weinman, J. A. & Petrie, K. J. (Hrsg.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications* (S.17–41). Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Phillips, L. A. & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioural Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415–425. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01436.x>
- Maercker, A. (2019). Systematik und Wirksamkeit der Methoden. In Maercker, A. (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (5. Aufl., S. 217–228). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>
- Maercker, A. & Augsburger, M. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In Maercker, A. (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (5. Aufl., S. 13–46). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Beltz.
- McCabe, R. & Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: Comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 185(1), 25–30. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.1.25>
- Miller, K. E. & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflicts: An ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 129–138. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000172>
- Munz, D. & Melcop, N. (2018). The psychotherapeutic care of refugees in Europe: treatment needs, delivery and recommendations for action. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476436>

- Mühlig, S. (2023, 3. November). *Compliance*. Dorsch Lexikon der Psychologie.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/compliance#search=1a446d443304674d2e5eae3d2ea6a303&offset=0>
- Nguyen, T. P., Guajardo, M. G. U., Sahle, B. W., Renzaho, A. M. N. & Slewa-Younan, S. (2022). Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(15). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03664-7>
- Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie (Oent; 2018). *Traumatherapie in Österreich: Meet the Standards*. <https://oent.at/wp-content/uploads/2018/07/OENT-ExpertInnen-Folder-2018-WEB.pdf>
- Petrie, K. J. & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536–539. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.6-6-536>
- Priebe, S., Giacco, D. & El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. *World Health Organization*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326308/9789289051651-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Renner, A., Hoffmann, R., Nagl, M., Roehr, S., Jung, F., Grochtdreis, T., König, H.-H., Riedel-Heller, S. & Kersting, A. (2020). Syrian refugees in Germany: Perspectives on mental health and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Research*, 129 (109906). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109906>
- Saberi, S., Wachtler, C. & Lau, P. (2021). Are we on the same page? Mental health literacy and access to care: a qualitative study in young Hazara refugees in Melbourne. *Australian Journal of Primary Health*, 27(6), 450–455.
<https://doi.org/10.1071/PY21017>
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E. & Roberts, B. (2019). Mental health care utilization and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851–863.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Müller, J. & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(28057). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28057>

- Schick, M., Morina, N., Mistridis, P., Schnyder, U., Bryant, R. A. & Nickerson, A. (2018). Changes in Post-migrations Living Difficulties Predict Treatment Outcome in Traumatized Refugees. *Frontiers in Psychiatry*, 9(476). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00476>
- Schouler-Ocak, M. (2020). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In Genkova, P. & Riecken, A. (Hrsg.), *Handbuch Migration und Erfolg - Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte* (S. 567–588). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6>
- Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S. & Becher, E. (2015). Exploring the Mental Health Effects of Political Trauma With Newly Arrived Refugees. *Qualitative Health Research*, 25(4), 443–457. <https://doi.org/10.1177/1049732314549475>
- Slewa-Younan, S., Guajardo, M. G. U., Heriseanu, A. & Hasan, T. (2015). A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 1231–1239. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0046-3>
- Slewa-Younan, S., Krstanoska-Blazeska, K., Blignault, I., Li, B., Reavley, N. J. & Renzaho, A. M. N. (2022). Conceptualisations of mental illness and stigma in Congolese, Arabic-speaking and Mandarin-speaking communities: a qualitative study. *BMC Public Health*, 22(2353). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14849-4>
- Subedi, P., Li, C., Gurung, A., Bizune, D., Dogbey, M. C., Johnsin, C. C. & Yun, K. (2015). Mental health first aid training for the Bhutanese refugee community in the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(20). <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0012-z>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA; 2023, 26. Oktober). *Humanitarian needs overview 2022: Syrian Arab Republic*. <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/2022-humanitarian-needs-overview-syrian-arab-republic-february-2022>
- UNHCR (2018). *Flucht und Asyl in Österreich: Die häufigsten Fragen und Antworten*. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2018/01/AT_UNHCR_Fragen-und-Antworten_2017.pdf
- UNHCR (2022). *Global Trends: Forced Displacement in 2022*. <https://www.unhcr.org/libraries/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fwww.unhcr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2023-06%2Fglobal-trends-report-2022.pdf>

- Warfa, N., Bhui, K., Craig, T., Curtis, S., Mohamud, S., Stansfeld, S., McCrone, P. & Thornicroft (2006). Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: A qualitative study. *Health & Place*, 12, 503–515. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2005.08.016>
- Weigl, M. & Gaiswinkler, S. (2019). *Blickwechsel - Migration und psychische Gesundheit*. https://jasmin.goeg.at/1016/1/Endbericht_Blickwechsel.pdf
- Weinman, J. A. & Petrie, K. J. (1997). Perceptions of Health and Illness. In Weinman, J. A. & Petrie, K. J. (Hrsg.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications* (S.1–17). Harwood Academic Publishers.
- Wolfersdorf, M. (2011). *Depressionen verstehen und bewältigen* (4. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-13512-5>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Überblick über die wichtigsten Haupt- und Subkategorien.....	26
Tabelle 2 Soziodemographische Daten der Stichprobe	28

Appendix

Appendix A - Flyer



Personen mit Fluchterfahrung aus Afghanistan oder Syrien für eine Studie zur seelischen Gesundheit gesucht



20€

Aufwands-
entschädigung

» Worum geht es?

Eine **Flucht** aus dem Heimatland in ein neues Land ist **eine sehr große Belastung**. Mit unserer Studie wollen wir die seelische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung untersuchen.

» Wie kann ich teilnehmen?

Wir laden Sie zu uns in die Universität ein, um mit Ihnen in einer Gruppe **über Beschwerden nach der Flucht zu sprechen**. Die Gruppen sind dabei auch mit Menschen besetzt, die Ihre Muttersprache sprechen (Dolmetscher).

» Wenn Sie mitmachen, erhalten Sie von uns **20 €**.

» **Dauer Gespräch = 90 Minuten**

» Wir suchen afghanische und syrische Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die

- **18–65 Jahre** alt sind
- Seit **maximal 36 Monaten** in Österreich leben
- **Einfaches Deutsch sprechen und verstehen (A1 Niveau)**
- **Aufgrund der Situation belastet sind**

Bei Interesse senden Sie bitte eine E-Mail an:

asyl.flpa@univie.ac.at

+43 (0)1 4277 47708

Studienleitung:

Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes
Univ.-Prof. Dr. Urs Nater

Appendix B - Semistrukturierter Interviewleitfaden

Sprachgruppe: _____ Geschlecht: _____ Datum: _____

Interviewer_innen: _____ Dolmetscher_in: _____

Dauer: 90 Min.

Uhrzeit	Dauer	Diskussionsabschnitt
	10 Min.	▪ Danken für die Teilnahme ▪ Vorstellung: Untersuchungsleitung, Studie, Dolmetscher_in ▪ Hinweise zum Datenschutz und den Gesprächsregeln: - Persönliche Meinung gefragt, keine richtigen/falschen Antworten - Gerne aufeinander eingehen - Genug Zeit für Dolmetscher_in zum Übersetzen lassen - Geheimhaltung: Freiwillige Schweigepflicht der Teilnehmer_innen, wir notieren keine Namen, Orte usw., Alles nur für Forschungszwecke, nichts geht an die BFA o.Ä. - Handy: nach Möglichkeit stummschalten, zum Telefonieren bitte den Raum verlassen - Bei Bedarf: Pause machen, Raum verlassen, Studienteilnahme abbrechen ▪ Beginn der Audioaufnahme Start der Audioaufnahme: Einsprechen von Sprach- und Geschlechtergruppe, Datum, Interviewer_innen und Dolmetscher_in
	5 Min.	Einführung der Fallvignette Fallvignette allen Teilnehmer_innen aushändigen und von dem_der Dolmetscher_in vorlesen lassen
	20 Min.	Cluster: Illness Perception ▪ Was, wenn überhaupt vorhanden, ist das Problem? ▪ Wie würden Sie das Problem bezeichnen? ▪ Hat diese Person eine Krankheit? Wenn ja, welche? ▪ Was verstehen Sie unter „seelische Erkrankung“/„psychische Erkrankung“? ▪ Haben Sie Verständnis für den Zustand der Person? ▪ Wie schwerwiegend ist das Problem der Person? ▪ Was sind mögliche Gründe für ihr Befinden?

		Bei Ausbleiben von Antworten: Im Fragebogen haben einige Teilnehmer_innen angegeben: - Gottes Wille - Familienprobleme - Stress/Hektik - Schlimme Erfahrungen - Schlechte Gedanken/Sorgen - Drogen ▪ Welche Konsequenzen können mit dem Problem einhergehen? ▪ Falls nicht erwähnt: Welche Auswirkungen hat das Problem auf das Leben in der Community?
	20 Min.	Cluster: Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ▪ Was kann diese Person selbst tun, damit es ihr besser geht? ▪ Wo sollte sich diese Person Ihrer Meinung nach Hilfe suchen? ▪ Wie kann eine Behandlung aussehen? Wäre sie wirksam? ▪ Wie würde eine traditionelle Behandlung in Ihrem Heimatland aussehen? Falls nicht erwähnt: Option psychologische Hilfe erwähnen und definieren ▪ Was spricht für die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe? ▪ Was spricht gegen die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe? Falls nicht erwähnt: ▪ Welche Rolle spielt Religion bei solchen Beschwerden? ▪ Was passiert, wenn diese Person sich nicht in Behandlung begibt?
	15 Min.	Cluster: Psychosoziale Versorgung Definition von psychosozialen Bedürfnissen ▪ Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit psychosozialen Angeboten in Österreich gemacht? ▪ Wie gut fühlen Sie persönlich sich in Bezug auf psychosoziale Bedürfnisse von staatlicher Seite versorgt? ▪ Welche psychosozialen Bedürfnisse geflüchteter Personen werden von staatlichen Services derzeit nicht ausreichend beachtet? Mögliche Nachfrage: ▪ Welche weiteren Maßnahmen wünschen Sie sich?
	10 Min.	Gibt es etwas von dem Sie denken, dass es vergessen wurde zu fragen? Ende der Audio-Aufzeichnung

Nützliche Formulierungen:

- Hat jemand vielleicht noch eine andere Idee?
- Hat irgendjemand noch andere Erfahrungen gemacht?
- Gibt es andere Meinungen?
- Können Sie das genauer erklären?
- Können Sie uns ein Beispiel geben?
- Können Sie uns mehr dazu sagen?
- Gibt es noch etwas anderes?
- Das habe ich noch nicht verstanden, können Sie mir erklären, was Sie meinen?

Gruppenbeschreibung: Besonderheiten der Interviewsituation (Atmosphäre, Bewertung der Interaktion, schwierige Passagen, Störungen etc.)

Appendix C - Fallvignetten

Fallvignette 1: Depression

„Seit einigen Wochen fühle ich mich traurig und niedergeschlagen – nichts interessiert mich mehr. Ich fühle mich oft lustlos, sitze viel zuhause rum und grüble. Ich bin sehr müde und habe Schwierigkeiten zu schlafen. Tagsüber kann ich mich kaum konzentrieren und schiebe leichte Entscheidungen auf. Auch Alltagsaufgaben fallen mir schwer. Noch dazu habe ich in kurzer Zeit viel Gewicht verloren. Meine Freund_innen sagen mir, dass sie sich Sorgen um mich machen. Ich glaube, ohne mich wären sie besser dran. Ich habe schon darüber nachgedacht, mir das Leben zu nehmen.“

"البضعة أسابيع كنت أشعر بالحزن والاكتئاب - لا شيء يثير اهتمامي بعد الآن. غالبًا ما أشعر بالخمول، فأنا أجلس كثيرًا في المنزل وأستمر في التفكير. أنا متعب جدا وأجد صعوبة في النوم. خلال النهار لا أستطيع التركيز وتأجيل القرارات السهلة. المهام اليومية هي أيضا صعبة بالنسبة لي. علاوة على ذلك، فقد فقدت الكثير من الوزن في فترة زمنية قصيرة. أخبرني أصدقائي أنهم قلقون عليّ. أعتقد أنهم سيكونون أفضل حالًا بدوني. لقد فكرت في الانتحار بنفسي

Fallvignette 2: PTBS

„Seit meiner Flucht bin ich ein völlig anderer Mensch geworden. Ich habe vermehrt Albträume, da kommen dann diese Gedanken und Bilder [von der Flucht und dem Krieg in meiner Heimat]. Manchmal schreie ich in der Nacht und wache schweißgebadet von diesen Albträumen auf. Manchmal lassen mich diese Bilder ewig nicht einschlafen. Diese Bilder überfallen mich seit einiger Zeit auch, wenn ich wach bin. Ich habe einen Punkt erreicht, wo ich merke, es geht nicht mehr weiter. Wenn ich unerwartet ein Geräusch höre, zucke ich zusammen und fühle starke Anspannung. Ich kann es nicht abstellen, das ist dann wie ein elektrischer Schlag, der sofort nach oben geht und einen Schweißausbruch auslöst. Ich fühle mich von Tag zu Tag erschöpfter, ängstlicher und gleichzeitig gereizter. Mein Partner sagt, ich sei oft aggressiv und hat Angst vor meinen Wutausbrüchen. Ich habe sowieso das Gefühl, niemandem mehr vertrauen zu können, deshalb ziehe ich mich lieber zurück und suche die Einsamkeit. Vieles interessiert mich nicht mehr. Ich fühle mich oft wie betäubt, lebe teilnahmslos ohne Hoffnung vor mich hin.“

منذ هروبي أصبحت شخصاً مختلفاً تماماً. لدي المزيد من الكوابيس، ثم تأتي إلى هذه الأفكار والصور (رحله الهروب والحرب في موطني). أحياناً أصرخ في الليل واستيقظ غارقاً في العرق من هذه الكوابيس. أحياناً لا تسمح لي هذه الصور بالنوم لمدة طويلة. كانت هذه الصور تأتيني منذ فترة عندما أكون مستيقظاً أيضاً. لقد وصلت إلى نقطة أدركت فيها أنني لا أستطيع المضي قدماً. إذا سمعت صوت ضوضاء بشكل مفاجئ، أجفل وأشعر بالتوتر الشديد ولا يمكنني إيقافه، إنه مثل الصدمة الكهربائية ترتفع علي الفور وتسبب في التعرق. كل يوم أشعر بالمزيد من الإرهاق والقلق وسرعة الانفعال في نفس الوقت. يقول شريكي إنني غالباً أكون عدواني وخائف من نوبات الغضب. على أي حال، لدي الشعور بأنني لا أستطيع الوثوق بأي شخص بعد الآن، لذلك أفضل الانسحاب والبحث عن عزله. لم أعد مهتماً بالعديد من الأشياء. غالباً ما أشعر بالخدر، واعيش بلا مبالاة وبدون أمل.

Appendix D - Abstract Deutsch

Geflüchtete sind auf ihrer Flucht verschiedenen Stressoren ausgesetzt, die zu einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen wie Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen beitragen. Doch trotz des erhöhten Bedarfs an psychosozialer Unterstützung, werden psychosoziale Angebote in den Aufnahmeländern unzureichend in Anspruch genommen. Diese Diskrepanz kann auf kulturelle und strukturelle Barrieren zurückzuführen sein, darunter Unterschiede in Krankheitskonzepten. Krankheitskonzepte beeinflussen, wie Menschen psychische Erkrankungen wahrnehmen und welche Behandlungsmöglichkeiten sie als wirksam erachten. Das Ziel dieser Masterarbeit war es daher, Konzepte von PTBS und Depressionen sowie Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote bei syrischen Geflüchteten in Österreich zu untersuchen. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden zwei Fokusgruppendifkussionen ($N = 10$ männliche Geflüchtete; $M_{Alter} = 32,5$ Jahre) durchgeführt. Syrische Geflüchtete erkannten Symptome, die auf eine PTBS oder Depression hindeuten, bei sich oder anderen Personen und bezeichneten die psychische Erkrankung auch als solche, unterschieden sich jedoch in ihrem Hilfesuchverhalten sowie der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote. Soziale Unterstützung wurde von den meisten als bevorzugte Behandlungsmethode bei PTBS genannt, während die Mehrheit psychologische Unterstützung als Behandlungsmethode für Depressionen anführte. Ursachen für PTBS als auch Depressionen wurden vorwiegend auf extern verursachte Stressoren zurückgeführt wie die Trennung von der Familie, Hoffnungslosigkeit und Verluste in Folge des Kriegs. Sorgen vor Fehldiagnosen, Stigmatisierung sowie die Bevorzugung sozialer Unterstützung waren die häufigsten Gründe, warum psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung, dass individuelle Konzepte von PTBS und Depressionen erfragt und berücksichtigt werden sollten, um eine bedürfnisorientierte und kultursensible Behandlung ermöglichen zu können.

Appendix E - Abstract English

Refugees are exposed to various stressors during flight, which contribute to an increased risk of mental illnesses such as posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression. However, despite the increased need for psychosocial support, psychosocial support services are insufficiently utilized in the host countries. This discrepancy may be due to cultural and structural barriers, including differences in illness perceptions. Illness perceptions influence how individuals perceive mental illness and what treatment options they consider effective. The aim of this master's thesis was therefore to investigate concepts of PTSD and depression as well as factors influencing the utilization of psychosocial support services among Syrian refugees in Austria. Two focus group discussions (N = 10 male refugees; age = 32.5 years) were conducted to address these questions. Syrian refugees identified symptoms indicating PTSD or depression in either themselves or in others and labeled the mental illness as such but differed in their help-seeking behavior and utilization of psychosocial support services. Social support was mentioned by the majority as the preferred treatment method for PTSD, while the plurality mentioned psychological support as a treatment method for depression. Causes of both PTSD and depression were predominantly attributed to external stressors such as separation from family, hopelessness, and loss as a consequence of war. Fear of being misdiagnosed, stigmatization and a preference for social support were the most common barriers for not accessing psychosocial support services. The results underline the importance of identifying and addressing individual concepts of PTSD and depression to provide treatment that is needs-oriented and culturally sensitive.