



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Der Zusammenhang von Resilienz, sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit bei syrischen Geflüchteten in Österreich

verfasst von | submitted by

Moritz Russo BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

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

Betreut von | Supervisor:

Dipl.-Psych. Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes Privatdoz.

Inhaltsverzeichnis

1. Theoretischer Hintergrund.....	5
1.1 Psychische Gesundheit in Populationen von Geflüchteten.....	6
1.2 Negative Auswirkungen von Flucht.....	9
1.3 Schutzfaktoren psychischer Gesundheit von Geflüchteten.....	10
1.3.1 <i>Resilienz</i>	11
Resilienz, allgemeine Gesundheit und psychische Gesundheit.....	12
Resilienz bei Menschen mit Fluchterfahrung.....	13
1.3.2 <i>Soziale Unterstützung</i>	14
Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit.....	16
Soziale Unterstützung bei Menschen mit Fluchterfahrung.....	16
1.4 Ziel der Masterarbeit.....	18
2. Methode.....	20
2.1 Untersuchungsdesign.....	20
2.2 Vorgehen.....	21
2.3 Teilnehmende.....	22
2.4 Messinstrumente.....	25
3. Ergebnisse.....	27
3.1 Statistische Analysen.....	27
3.2 Vergleich der Resilienz der Stichprobe mit jener der Allgemeinbevölkerung.....	31
3.3 Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit.....	31

3.3.1 Zusammenhang zwischen Resilienz und allgemeiner psychischer Gesundheit.....	31
3.3.2 Zusammenhang zwischen Resilienz und depressiver Symptomatik.....	33
3.3.3 Zusammenhang zwischen Resilienz und Angstsymptomatik.....	34
3.3.4 Zusammenhang zwischen Resilienz und PTBS-Symptomatik.....	35
3.4 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit.....	36
3.4.1 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und allgemeiner psychischer Gesundheit.....	36
3.4.2 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik.....	37
3.4.3 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Angstsymptomatik.....	38
3.4.4 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik.....	39
3.5 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz.....	40
4. Diskussion.....	41
4.1 Resilienz syrischer Geflüchteter in Österreich.....	42
4.2 Resilienz und psychische Gesundheit.....	45
4.3 Soziale Unterstützung, Resilienz und psychische Gesundheit.....	46
4.4 Wahrgenommene Veränderung des sozialen Status und psychische Gesundheit.....	47
4.5 Limitationen.....	48
4.6 Implikationen und Fazit.....	50
Literaturverzeichnis.....	53

Abbildungsverzeichnis.....	64
Anhang A.....	65
Anhang B.....	67

1. Der Zusammenhang von Resilienz, sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit bei syrischen Geflüchteten in Österreich

Allein im Jahr 2022, mussten, dem *Global Trends Report* des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR, 2023) zufolge, 108.4 Millionen Menschen ihre Heimat aufgrund von Verfolgung, Konflikten, Gewalt, Menschenrechtsverletzungen oder Katastrophen verlassen. Die Zahl der Vertriebenen war dabei im Vergleich zum Vorjahr um 19 Millionen gestiegen (UNHCR, 2022).

Vertriebene wird im Allgemeinen als Überbegriff für Flüchtlinge, Asylsuchende und Migrant*innen verstanden (UNHCR, 2019). Asylsuchende sind Menschen, die sich vor, oder in dem Prozess eines Asylverfahrens befinden. Flüchtlinge sind all jene, die aufgrund von drohender Verfolgung nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren können und daher einen positiven Asylbescheid erhalten haben. Migrant*innen hingegen sind Menschen, die aus Gründen der Lebensqualität ihr Land verlassen. Für sie besteht meist die Möglichkeit in ihr Heimatland zurückzukehren. Eine weitere relevante Kategorie stellen zudem Berechtigte von subsidiärem Schutz dar (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [BMZ], o. D.). Dies sind Menschen, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die somit keine Aussicht auf die Anerkennung des Flüchtlingsstatus haben. Da ihnen jedoch in ihrem Heimatland ernster Schaden droht, erhalten sie ein Aufenthaltsrecht in einem Land. Im Folgenden wird von geflüchteten Menschen als Überbegriff für alle Menschen gesprochen, die gezwungenermaßen ihre Heimat verlassen mussten.

Aus einem aktuellen Bericht der Vereinten Nationen (UNHCR, 2023) ging hervor, dass ein großer Anteil geflüchteter Menschen (42 %) im Zuge der Vertreibung nicht nur den Heimatsort, sondern das eigene Land verlassen musste und somit gezwungen war, sich in einem fremden Land niederzulassen. Knapp über die Hälfte (52 %) dieser Menschen stammten aus nur drei Ländern, nämlich aus Syrien, der Ukraine und Afghanistan. Mit 20 % aller Menschen, die bis 2022 aus ihrer Heimat geflohen waren, stellten Syrer*innen die größte Population Geflüchteter weltweit dar (UNHCR, 2022). Auch in Österreich wurden dem Bundesministerium für Inneres (BMI, 2022) zufolge in den Jahren 2015 bis 2022 allein, 87 862 Anträge auf Asyl durch Menschen syrischer Herkunft gestellt. Syrien führt somit die Liste der Herkunftsländer Asylsuchender in Österreich an, dicht gefolgt von Afghanistan mit rund 83 000 Menschen.

Eine der zentralen Ursachen für diese größte Fluchtbewegung der letzten fünfzehn Jahre, war der Beginn des syrischen Bürgerkriegs im Jahr 2011 (UNHCR, 2023). Mit dem gewalttätigen Niederschlagen öffentlicher Antiregierungsdemonstrationen entstand eine humanitäre Krise, die auch noch 12 Jahre später besteht und bereits 90 % der Bevölkerung unter die Armutsgrenze zwang. Zu Beginn des Jahres 2023 trugen zwei starke Erdbeben zu einer weiteren Verschlechterung der Lebensbedingungen in Syrien bei. Anhaltende Vertreibung, globale Inflation, Naturkatastrophen und nicht zuletzt die Covid-19-Pandemie stellten aggravierende Belastungen für die Menschen dieses Landes dar. Mit keinem Ende der genannten humanitären Krisen in Sicht, ist somit auch weiterhin mit Migrationsströmen aus der Region zu rechnen.

Menschen, die aus Syrien fliehen mussten, waren somit in ihrer Heimat in der Regel mit einer erheblichen Anzahl an Belastungen und Bedrohungen, die negative Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit haben können, konfrontiert. Geflüchtete Syrer*innen bilden daher bereits vor der Flucht eine vulnerable Gruppe (UNHCR, 2023). Eine Fluchterfahrung kann diese Vulnerabilität noch erheblich verstärken. Im Folgenden soll daher auf negative Auswirkungen von Flucht auf die psychische Gesundheit näher eingegangen werden.

1.1 Psychische Gesundheit in Populationen von Geflüchteten

Die Welt Gesundheitsorganisation (WHO, 2022) beschreibt psychische Gesundheit als einen Zustand psychischen Wohlbefindens, der es Menschen erlaubt, mit alltäglichem Stress umzugehen und in der Gesellschaft zu funktionieren. Psychische Gesundheit wird dabei als wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Gesundheit verstanden und stellt ein grundlegendes Menschenrecht dar. Die Erkenntnisse aktueller Studien in Populationen zu geflüchteten Menschen zeigten jedoch deutlich, dass diese Personengruppe zahlreichen Risikofaktoren für eine beeinträchtigte psychische Gesundheit ausgesetzt sind (Hajak et al., 2021) und fanden auch in weiterer Folge eine hohe psychische Belastung in dieser Personengruppe (Blackmore et al., 2020; Mesa-Vieira et al., 2022).

Eine großangelegte Studie zu der allgemeinen psychischen Gesundheit Geflüchteter in 10 europäischen Ländern (Riza et al., 2020) konnte etwa eine erhebliche Belastung in ihrer Stichprobe feststellen. Die größtenteils aus Syrien, Afghanistan und Irak stammenden Geflüchteten, die ab 2015 in Staaten der europäischen

Union immigriert waren, berichteten im Selbstreport von häufigen Kopfschmerzen, psychischen Beschwerden, Schlafstörungen und Schmerzen im aktiven und passiven Bewegungsapparat.

Aber auch spezifische psychische Störungen sind in Populationen von geflüchteten Menschen häufig (Blackmore et al., 2020; Henkelmann et al., 2020). Insbesondere posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression und Angststörung, wie der generalisierten Angststörung wurden in vergangenen Studien vermehrt gefunden.

PTBS ist eine psychische Störung, die in Folge eines traumatischen Ereignisses auftreten kann (WHO, 2024a). Wird dieses Ereignis als emotional oder physisch schädlich oder lebensbedrohlich wahrgenommen, so kann sich dies erheblich auf die psychische Gesundheit auswirken. Zu den Kernsymptomen der PTBS zählen (1) wiederkehrende belastende Erinnerungen, welche auf das traumatische Ereignis bezogen sind, (2) das Vermeiden von Gedanken, Aktivitäten oder Orten, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehen und (3) die anhaltende Wahrnehmung einer Bedrohung. Letzteres kann sich beispielsweise durch eine Hypervigilanz, also eine übermäßige Wachsamkeit auszeichnen. Die Symptome müssen dabei über mehrere Wochen bestehen und Bereiche des alltäglichen Lebens wie die Familie, das soziale Umfeld oder die Ausbildung beeinträchtigen.

Depressive Störungen oder Depression sind charakterisiert durch eine gedrückte Stimmung, beispielsweise durch Gefühle der Traurigkeit, Gereiztheit oder der Leere (WHO, 2024b). Damit geht ein Interessensverlust sowie eine Reihe von kognitiven, Verhaltens- und neurovegetativen Symptomen einher, welche das Funktionsniveau einer betroffenen Person stark beeinträchtigen.

Angststörungen zeichnen sich durch Furcht- und Angst- bezogene Beeinträchtigungen im Verhalten aus (WHO, 2024c). Die generalisierte Angststörung ist Teil dieser Störungsgruppe und wird diagnostiziert, wenn eine Person über mehrere Monate hinweg Angstsymptome zeigt (WHO, 2024d). Die Angst kann dabei unspezifisch oder auch auf bestimmte Aspekte im alltäglichen Leben fokussiert sein, muss für eine Diagnose allerdings an mehr als der Hälfte der Tage erlebt werden. Die Symptome stellen eine große Belastung für das Individuum dar und wirken sich auch auf andere Bereiche des Lebens negativ aus.

Eine Meta-Analyse von Blackmore und Kolleg*innen (2020) untersuchte die Prävalenzen von psychischen Störungen von Geflüchteten unterschiedlicher

Herkunft aus aktuellen Studien in 15 Ländern weltweit. Aus dieser Arbeit gingen erhöhte Punktprävalenzen für PTBS (31 %) und Depression (32 %) in Populationen von Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hervor. Angststörungen (11 %) dagegen, wurden den Autor*innen zufolge ungefähr gleich häufig gefunden wie in der Allgemeinbevölkerung. Auch in einer Meta-Analyse von Henkelmann und Kolleg*innen (2020), welche ebenfalls Studien zu Geflüchteten unterschiedlicher Herkunft der vergangenen 30 Jahre analysierte, wurden vergleichbare Werte für dieselben Störungsgruppen gefunden. Beide Studien berichteten jedoch von einer erheblichen Heterogenität der Stichproben und sprachen sich für homogenere Stichproben und Methodik in zukünftigen Meta-Analysen aus.

Eine aktuelle Meta-Analyse (Nguyen et al., 2022) untersuchte aus diesem Grund ausschließlich Prävalenzen von PTBS, Depression und generalisierter Angststörung von erwachsenen Syrer*innen, die in einkommensstarke Länder aus Europa, Nordamerika und Ozeanien geflohen waren. Studien wurden in die Analyse eingeschlossen, sofern sie validierte Screening Fragebögen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) oder dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) verwendet hatten. Dabei ergaben sich Prävalenzen von 31 % für PTBS, 31 % für Depression und 40 % für generalisierte Angststörung. Geschlecht, Alter, Ausbildung, Beziehungsstatus oder Aufenthaltsdauer hatten dabei allerdings keinen signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein einer der psychischen Störungen.

Im Gegensatz dazu, beträgt die Jahresprävalenz einer PTBS für Erwachsene in den USA 3.5 % (American Psychiatric Association [APA], 2022). Die Punktprävalenz der Depression liegt bei Erwachsenen weltweit bei 5 % und für Angststörungen bei 4 % (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2024). Psychische Probleme und Störungen sind demnach in Populationen von Geflüchteten und spezifisch bei syrischen Geflüchteten in einkommensstarken Ländern, wie auch Österreich eines ist, sehr präsent und im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (Blackmore et al., 2020; Nguyen et al., 2022). Um die hohen Prävalenzen psychischer Störungen nachvollziehen zu können, ist es wesentlich Faktoren zu betrachten, welche im Zuge einer Fluchterfahrung ein Risiko für die psychische Gesundheit darstellen können.

1.2 Negative Auswirkungen von Flucht

Eine Vielzahl an Forschungsergebnissen konnte die negativen Auswirkungen einer Fluchterfahrung auf die Betroffenen belegen. So sind Geflüchtete häufig von wiederholten und anhaltenden Traumatisierungen betroffen (Maercker, 2009). Keilson (1979) sprach in diesem Zusammenhang von sequenzieller Traumatisierung und definierte drei Sequenzen, in denen Personen mit Fluchterfahrung Traumata ausgesetzt sein können. Die erste Sequenz beinhaltet den Beginn von Verfolgung im Herkunftsland, die zweite Sequenz umfasst die Verfolgung sowie die Flucht. Die dritte Sequenz beginnt nach der Flucht, wenn keine Verfolgungssituation mehr besteht.

Analog zu Keilson (1979) lassen sich Faktoren, die zur Entwicklung von psychischen Störungen wie PTBS, Depression und Angststörungen beitragen, in Prä-, Peri- und Postmigrationsfaktoren unterteilen (Henkelmann et al., 2020). *Prämigrationsfaktoren* sind beispielsweise, einem Krieg ausgesetzt gewesen zu sein, Folter, physische Gewalt oder Verfolgung erfahren zu haben (Mesa-Vieira et al., 2022). Während der Flucht (*Perimigration*) besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für Traumatisierungen (Maercker, 2019). Wiederholte Umsiedlung, zahlreiche Menschenrechtsverletzungen wie Geiselnahmen oder die Instrumentalisierung von Kindern sind spezifische Faktoren, die unter anderem Syrer*innen während der Flucht häufig betreffen (Hassan et al., 2016). *Postmigrationsfaktoren* stellen beispielsweise langanhaltende Asylverfahren, Trennung von der Familie, Arbeitslosigkeit oder Diskriminierung dar (Henkelmann et al., 2020; Maercker, 2019).

Bei der Inanspruchnahme psychologischer Maßnahmen durch Geflüchtete zeigen sich jedoch trotz des hohen Bedarfs einige Hürden (Hassan et al., 2016). So konnte etwa im spezifischen Kontext geflüchteter Syrer*innen gezeigt werden, dass Sprachbarrieren und der Mangel an arabischsprachigen Fachkräften oder geschulten Mediator*innen dazu beiträgt, dass viele Menschen mit erheblichen psychischen Belastungen keine Behandlung erhalten (Potter et al., 2022). Psychischer Gesundheit wurde in Syrien zudem bisweilen wenig politisches Interesse gewidmet (Kakaje et al., 2021). Gründe dafür sind den Autor*innen zufolge unter anderem ein Mangel an psychologischen Fachkräften, schlechter Zugang zu Bildung sowie das anhaltende Stigma um psychische Erkrankungen. Emotionales Leid sowie dessen Ausdruck wird in Syrien und den umliegenden Ländern häufig als inhärenter Teil des Lebens gesehen (Hassan et al., 2016). Wird dieses Leid allerdings als Stress oder

psychische Erkrankung dargestellt, führt dies unter Umständen zu Scham und der Angst als verrückt wahrgenommen zu werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Prävalenzen für geläufige psychische Störungen in Populationen von Geflüchteten (Henkelmann et al., 2020) und spezifisch bei syrischen Geflüchteten (Nguyen et al., 2022) gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht sind. Es gibt weiters eine Reihe von Belegen für Faktoren, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können und mit denen Geflüchtete nicht nur vor und während, sondern auch nach der Flucht häufig konfrontiert sind (Blackmore et al., 2020; Hajak et al., 2020), eine psychologische Betreuung ist dabei jedoch häufig nicht gegeben (Potter et al., 2022).

1.3 Schutzfaktoren psychischer Gesundheit von Geflüchteten

Aufgrund der hohen psychischen Belastung, der Geflüchtete ausgesetzt sind, ist es zentral, Faktoren zu identifizieren, die sich positiv auf die psychische Gesundheit dieser Populationen auswirken können. Solche protektiven Faktoren lassen sich allgemein in drei Bereiche unterteilen (Lyssenko et al., 2010). Zu den *persönlichen Faktoren* zählen etwa Resilienz, Intelligenz oder gute Gesundheit. *Familiäre Faktoren* können beispielsweise ein enger Familienzusammenhalt oder soziale Unterstützung sein. *Soziale Faktoren* stellen beispielsweise Bildungsmöglichkeiten oder Beziehungen außerhalb der Familie dar.

Ein systematisches Review (Posselt et al., 2018), analysierte 16 quantitative und qualitative Studien zu protektiven Faktoren für die psychische Gesundheit erwachsener Geflüchteter in Übergangsländern. Insbesondere soziale Unterstützung, Glaube oder Spiritualität, kognitive Strategien wie *reframing* (Umdeutung), Akzeptanz oder problem-orientierte Techniken aber auch Arbeit, Ausbildungsmöglichkeiten, Aktivismus und eine adäquate Wohnsituation konnten dabei in einen positiven Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden dieser Personengruppe gebracht werden.

Zwei Faktoren, die in aktueller Literatur bezüglich ihres Zusammenhangs mit der psychischen Gesundheit von Geflüchteten vermehrt diskutiert wurden, sind Resilienz (Skalisky et al., 2022; Walther et al., 2021) und soziale Unterstützung (Kakaje et al., 2021; Siriwardhana et al., 2014). Im Folgenden werden daher die beiden Konstrukte definiert und deren Relevanz für die psychische Gesundheit allgemein und im spezifischen bei syrischen Geflüchteten erläutert.

1.3.1 Resilienz

Resilienz kann als „Fähigkeit einer Person, auch in Gegenwart von extremen Belastungsfaktoren und ungünstigen Lebenseinflüssen adaptiv und proaktiv zu handeln“ (Hoyer & Knappe, 2020, S. 337) definiert werden. Das Konstrukt der Resilienz kommt auf sozialen, biologischen und psychologischen Ebenen zum Tragen und ist somit multifaktoriell bedingt (Denckla et al., 2020). *Soziale Aspekte* von Resilienz sind etwa eine sichere Bindung oder soziale Beziehungen sowie soziale Unterstützung. *Biologische Aspekte* sind beispielsweise eine größere Netzwerk-Konnektivität gewisser Hirnareale. Zu *psychologischen Aspekten* zählen hingegen etwa eine ausgeprägte Autonomie und Selbstregulation.

Noam (1997) unterschied dabei zwischen *konstitutioneller Resilienz* und *Resilienzentwicklung*. Während Ersteres als stabile Persönlichkeitseigenschaft definiert wird, ist Letzteres von dynamischer Natur und ist somit veränderbar. Zwar besteht nach wie vor kein vollständiger Konsens bezüglich des Konstruktes der Resilienz, jedoch ließ sich in den letzten Jahren ein Trend in Richtung einer dynamischen Definition vermerken (Denckla et al., 2020).

So konnte gezeigt werden, dass eine Reihe von über die Zeit variierenden protektiven Faktoren wie etwa soziale Unterstützung, gute soziale und ökonomische Rahmenbedingungen oder persönliche Eigenschaften wie funktionale Copingstrategien mit einer ausgeprägteren Resilienz assoziiert waren (Hoyer & Knappe, 2020; Pavlacic et al., 2022). Einige aktuelle Forschungsergebnisse deuteten zudem auf die Trainierbarkeit von Resilienz hin (Denckla et al., 2020; Joyce et al., 2018; Kunzler et al., 2022). So konnten beispielsweise Kunzler und Kolleg*innen (2022) in einer Meta-Analyse zu Resilienz-fördernden Interventionen bei Pflegepersonal kleine bis moderate positive Effekte für die Resilienz finden. Dieses Ergebnis liefert Evidenz dafür, dass die Resilienz in einer Personengruppe, welche im Arbeitsalltag in der Regel erheblichen Stressoren ausgesetzt ist, trainiert werden kann. Gewisse Interventionen, welche das psychische Wohlbefinden steigern sollen, insbesondere solche basierend auf Mindfulness oder kognitiv-behavioraler Therapie, konnten in einer weiteren Meta-Analyse (Joyce et al., 2018) mit randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zu Resilienz Trainingsprogrammen ebenfalls positive Effekte auf die Resilienz einer Person erzielen. Solche Resilienz-fördernden Interventionen waren zudem mit einer Steigerung des Wohlbefindens assoziiert, sowie mit einer zumindest kurzfristigen

Minderung von Angst- und depressiven Symptomen (Joyce et al., 2018; Kunzler et al., 2022).

Resilienz, allgemeine Gesundheit und psychische Gesundheit. Für die Resilienz als persönlicher protektiver Faktor, konnte vermehrt ein positiver Zusammenhang mit Aspekten der psychischen Gesundheit gefunden werden (Cal et al., 2015; de Lima Sa et al., 2022; Von Arcosy et al., 2023). Gleichsam gibt es umfassende Evidenz (Joyce et al., 2018; Pavlacic et al., 2022; Schibalski et al., 2017) für einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischen Störungen.

Ein systematisches Review von Cal und Kolleg*innen (2015) zu Resilienz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen konnte etwa einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und körperlichen Beschwerden sowie physischer und psychischer Lebensqualität feststellen. Ein positiver Zusammenhang wurde hingegen zwischen Resilienz und gesundheitsförderndem Verhalten wie Sport, gesunder Ernährung oder Stressreduktion festgestellt.

Niedrigere Resilienz-Werte konnten in Populationen mit psychischen Störungen, Stressmanagementschwierigkeiten und bei jüngeren Personengruppen wie etwa Studierenden gefunden werden (Davidson, 2020). Eine Studie mit einer populationsbasierten Stichprobe in der Schweiz (Schibalski et al., 2022) untersuchte Menschen mit, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, leicht erhöhter psychischer Belastung. Die Teilnehmenden dieser Studie wiesen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine geringere Resilienz auf. Die Resilienz-Werte in der Stichprobe waren dabei negativ mit erhöhtem Stress aufgrund des Stigmas psychischer Erkrankungen assoziiert. In einem systematischen Review zu Resilienz und posttraumatischem Stress von Kriegsveteran*innen (Pavlacic et al., 2022) konnte ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und Depression gezeigt werden. Menschen mit einer geringeren Resilienz in dieser Stichprobe hatten gleichsam mehr psychische Probleme als jene mit einer höheren Resilienz in Folge eines erlebten Traumas.

Resilienz und allgemeine sowie spezifische psychische Gesundheit stehen somit in einem engen Zusammenhang, insbesondere wenn Personen einem erheblichen Leidensdruck wie etwa einer chronischen Erkrankung ausgesetzt sind (Cal et al., 2015), oder Traumata erlebt haben (Pavlacic et al., 2022). Resilienz wurde dabei auch als ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung von *posttraumatischem Wachstum* (Posttraumatic Growth [PTG]) identifiziert (Von Arcosy et al., 2023). PTG kann

eine mögliche Entwicklung in Folge eines traumatischen Erlebnisses sein, ebenso wie das Entwickeln einer PTBS. Eine ausgeprägtere Resilienz kann somit die Entstehung von PTG im Gegensatz zu PTBS in Folge von traumatischen Ereignissen begünstigen. Dies ist insbesondere im Kontext geflüchteter Personen von Relevanz, wo traumatische Ereignisse gehäuft vorkommen.

Resilienz bei Menschen mit Fluchterfahrung. Wie auch in Populationen von Menschen ohne Fluchterfahrungen legte vergangene Literatur einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und Psychopathologie nahe, die Studienlage diesbezüglich ist jedoch dünn und konzentrierte sich bislang fast ausschließlich auf Kinder und Jugendliche (Ameen & Cinkara, 2018; Dehnel et al., 2022; Ziaian et al., 2012). Bei syrischen Kindern, die nach Jordanien geflohen waren, konnte beispielsweise ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und depressiver Symptomatik gefunden werden (Dehnel et al., 2022). Gleichsam fand eine Studie zu erwachsenen Quechua Frauen (Suarez, 2012), die in der Kindheit aus ihrer Heimat fliehen mussten, einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und Distress 15 bis 30 Jahre nach der Flucht. Konträr dazu wiesen die Teilnehmenden mit einer Punktprävalenz von 5 % nur unwesentlich häufiger eine PTBS-Symptomatik auf als die Allgemeinbevölkerung (APA, 2022; Suarez, 2012).

In Populationen von erwachsenen Geflüchteten wurde Resilienz bis auf bei Suarez (2012) meines Wissens nicht im direkten Zusammenhang mit psychischen Störungen untersucht. Als protektiver Faktor fand das Konstrukt jedoch in den letzten Jahren vermehrt Eingang in psychologischer Forschung. In einem systematischen Review von 64 aktuellen Studien zu der psychischen Gesundheit von syrischen Geflüchteten konnten de Lima Sa und Kolleg*innen (2022) zeigen, dass Resilienz ein protektiver Faktor nach psychischen Traumata war. Eine höhere Resilienz war dabei mit der Fähigkeit den Blick auf das Positive zu richten assoziiert. Niedrigere Resilienz war in einer in diesem systematischen Review enthaltenen Studie (Al-duraidi et al. 2020) zudem mit geringerer Ausbildung, Arbeitslosigkeit und geringen finanziellen Mitteln assoziiert. Das Gefühl von Neuem anfangen zu müssen, konnte in einer qualitativen Studie mit erwachsenen geflüchteten in Deutschland (Walther et al., 2021) ebenfalls in einen negativen Zusammenhang mit der Resilienz gebracht werden, dies war bei älteren Menschen größer. Auf der anderen Seite konnten die Autor*innen einen positiver Zusammenhang zwischen einer positiven Einstellung

gegenüber der Kultur des Aufnahmelandes sowie der erlebten Flucht und höherer Bildung zeigen. Gleichsam berichteten jene Teilnehmende von einer ausgeprägteren Resilienz, die auch angaben, emotionales Wohlbefinden zu empfinden und einen aktiven Lebensstil sowie eine positive Einstellung gegenüber dem Aufnahmeland zu pflegen.

In vergangenen Studien (Connor & Davidson, 2003; Rayes et al., 2021) konnte zudem ein Zusammenhang zwischen dem Glauben und der Resilienz von Geflüchteten gezeigt werden. Der Glaube ist im arabisch-sprachigen Raum weiters engverknüpft mit sozialer Unterstützung durch die Familie oder die religiöse Gemeinschaft (Rayes et al., 2021). Konflikte mit den Grundsätzen des Islams konnten in der Studie von Skalisky und Kolleg*innen (2022) zudem mit einer geringeren Resilienz bei syrischen Menschen mit Fluchterfahrung in Verbindung gebracht werden.

Eine wesentliche Frage, die sich im Kontext von Populationen Geflüchteter stellt, ist jene der Selbst-Selektion (Guichard, 2020). Die *Theorie der Selbst-Selektion* postuliert, dass sich Menschen, die sich auf die Flucht nach Europa begaben und diese überlebten, von der Allgemeinbevölkerung ihres Herkunftslandes hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte wie Bildung, Resilienz oder Ressourcen unterscheiden. Größeres Durchhaltevermögen und persönliche Ressourcen könnten dabei Gründe dafür sein, warum Menschen bis nach Europa flüchteten (Walther et al., 2021). Zudem wiesen Menschen, die aus Syrien nach Deutschland geflohen waren, im Schnitt eine höhere Bildung als die syrische Allgemeinbevölkerung auf (Guichard, 2020). Kira und Kolleg*innen (2022) berichteten weiters von höheren Werten von Resilienz, wahrgenommener sozialer Unterstützung und posttraumatischem Wachstum bei syrischen Geflüchteten, die Foltererfahrungen überlebt hatten, als jene, denen keine Folter widerfahren war.

Während sich in Populationen von Geflüchteten spezifische Faktoren identifizieren ließen, die mit einer höheren oder niedrigeren Resilienz assoziiert waren (Al-duraidi et al., 2020; Skalisky et al., 2022; Walther et al., 2021), besteht bislang keine Evidenz zu dem Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischen Störungen bei erwachsenen syrischen Geflüchteten.

1.3.2 Soziale Unterstützung

Ein zentraler protektiver Faktor, welcher nicht nur mit psychischer Gesundheit, sondern auch mit einer ausgeprägteren Resilienz in Verbindung steht, ist die soziale

Unterstützung. Sie wird auch als Teil der sozialen Ebene der Resilienz verstanden und ist zusammen mit persönlichen und finanziellen Ressourcen ein wesentliches Element dieser (Denckla et al., 2020; Siriwardhana et al., 2014). Insbesondere in Kulturen wie der syrischen, in denen Familie, Gemeinschaft und Religion eine große Rolle spielen, wird von einem starken Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, Resilienz und in weiterer Folge psychischer Gesundheit der Individuen ausgegangen (Hassan et al., 2016; Siriwardhana et al., 2014).

Soziale Unterstützung findet unter anderem dann statt, wenn eine oder mehrere Personen einer Person beim Umgang mit einer Problemsituation beistehen (Knoll & Schwarzer, 2017). Soziale Unterstützung lässt sich sowohl quantitativ als auch qualitativ definieren (Brinkmann, 2021). Das Konstrukt umfasst somit sowohl das Ausmaß, also wie häufig eine Person soziale Unterstützung erfährt, als auch die Art wie sie gegeben wird. Unterschiedliche Arten, wie soziale Unterstützung gegeben werden kann, sind etwa mittels *emotionaler Unterstützung* wie dem Teilen von Leid, dem Austausch über Coping Strategien oder dem Ermutigen zu adaptiven Tätigkeiten (Posselt et al., 2018). Auch *praktische oder instrumentelle Unterstützung*, wie das gemeinsame Kochen, Putzen oder die Unterstützung bei spezifischen Tätigkeiten sowie das gegenseitige Einbinden in soziale Aktivitäten sind Formen sozialer Unterstützung (Berkmann & Glass, 2000). Bei *informativer Unterstützung* findet ein Austausch von Wissen statt und bei bewertender Unterstützung wird einer Person bei der Einschätzung von Entscheidungen geholfen. Ein weiterer wesentlicher Bereich, ist die *Krankheits-spezifische soziale Unterstützung*, bei der eine Person Unterstützung im Umgang mit einer körperlichen oder psychischen Erkrankung erfährt (Eller, 2006).

Die *soziale Integration*, also das Eingebundensein eines oder mehrerer Menschen in ein soziales Netzwerk, ist für die soziale Unterstützung von zentraler Bedeutung (de Lima Sa et al., 2022). Dabei kann soziale Unterstützung durch verschiedene Netzwerke gegeben sein (Posselt et al., 2018). Dazu zählen beispielsweise eine Gemeinschaft, die Familie, Freund*innen, andere Menschen mit Fluchterfahrung, religiöse Gruppen aber auch Einheimische oder die aufnehmende Gemeinschaft. Mittels sozialer Kontrolle wird dabei darauf geachtet, dass Kernwerte und Normen eingehalten werden (de Lima Sa et al., 2022).

Per Definition hat die soziale Unterstützung als protektiver Faktor eine schützende Funktion für die psychische Gesundheit. Im Folgenden wird daher der aktuelle Forschungsstand in diesem Bereich dargelegt.

Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit. Es ist im Kontext von sozialer Unterstützung wesentlich zwischen wahrgenommener und tatsächlich erhaltener Unterstützung zu unterscheiden (Brinkmann, 2021). *Wahrgenommene* oder *erwartete soziale Unterstützung* beschreibt die zeitlich relativ stabile subjektive Überzeugung in bestimmten Situationen soziale Unterstützung zu erfahren. Insbesondere hierfür konnte ein Zusammenhang mit psychischer Gesundheit gezeigt werden, für die erhaltende Unterstützung hingegen nicht (Sarason et al., 1990). Wahrgenommene soziale Unterstützung kann dabei sowohl zu physischer Gesundheit, als auch zu psychischem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit beitragen.

Wahrgenommene soziale Unterstützung steht somit in einem engen Zusammenhang mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen und psychischer sowie physischer Gesundheit (Brinkmann, 2021). Dieses Konstrukt wird daher als wichtiger protektiver Faktor psychosozialer Natur angesehen, welcher eine emotionale aber auch eine praktische Stütze gewährt (Walther et al., 2021). Das *Stress-buffering Modell* (Cohen & Wills, 1985) geht analog dazu davon aus, dass wahrgenommene soziale Unterstützung einen Puffer-Effekt auf die negativen Auswirkungen eines Traumas auf die psychische Gesundheit hat. So besteht ein empirisch gut belegter negativer Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik in Folge eines Traumas (Zalta et al., 2021). Dies ist erneut im Kontext Geflüchteter Personen von besonderer Relevanz.

Soziale Unterstützung bei Menschen mit Fluchterfahrung. Für Populationen geflüchteter Personen ist der Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit jedoch möglicherweise komplexer als jener in Stichproben mit Menschen ohne Fluchterfahrung. Ein systematisches Review mit 23 quantitativen und qualitativen Studien untersuchte protektive Faktoren und psychische Gesundheit bei erwachsenen Geflüchteten (Siriwardhana et al., 2014). In dieser Arbeit wurden Studien aus allen fünf Kontinenten, die Geflüchtete unterschiedlicher Herkunft untersucht hatten, berücksichtigt. Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung und Unterstützung durch die Familie waren positiv

mit psychischer Gesundheit in allen Phasen der erzwungenen Migration von Geflüchteten assoziiert und standen in einem positiven Zusammenhang mit Resilienz. Die Autor*innen fanden ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen einem aus der Flucht resultierten Mangel an sozialer Unterstützung, der Resilienz sowie dem Wohlbefinden im späteren Leben. In einem weiteren systematischen Review zu den Auswirkungen von Traumata in verschiedenen Populationen von Geflüchteten (Von Arcosy et al., 2023) konnte wahrgenommene soziale Unterstützung als einer der Hauptfaktoren, die zu posttraumatischen Wachstum führen, identifiziert werden. Durch das Teilen des Traumas in einem unterstützenden Umfeld wird den Autor*innen zufolge ein Narrativ um traumatische Erlebnisse geschaffen, dass eine adaptive Bewältigung ermöglicht. Diese Assoziation kann allerdings nur gefunden werden, wenn die soziale Unterstützung konstant über einen längeren Zeitraum wahrgenommen wurde.

Eine Studie (Kakaje et al., 2021) erhob die psychische Gesundheit sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung von 1951 Syrer*innen in Syrien. Knapp die Hälfte der Teilnehmenden waren innerhalb Syriens geflohen. Während nur ein Viertel der Befragten von einem geringen Ausmaß an sozialer Unterstützung berichteten, war die psychische Gesundheit bei 80 % beeinträchtigt. Zwar konnten die Autor*innen einen negativen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik finden, dieser wurde jedoch mit langanhaltender und wiederholter Trauma Exposition schwächer. Personen, die Traumata über einen längeren Zeitraum erfahren hatten, zeigten somit bei einem ähnlichen Ausmaß an sozialer Unterstützung eine ausgeprägtere PTBS-Symptomatik als jene, die Traumata über einen kürzeren Zeitraum ausgesetzt waren. Für den subjektiv erlebten Mangel an sozialer Unterstützung im Ankunftsland konnte auch in einer Studie zu syrischen Geflüchteten in Deutschland (Renner et al., 2021) ein Zusammenhang mit PTBS-, depressiver und Angstsymptomatik gezeigt werden. Eine weitere Studie zu syrischen Geflüchteten in Deutschland und in Jordanien (Böge et al., 2020) konnte ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und PTBS- sowie depressiver Symptomatik zeigen, fand jedoch keinen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Angstsymptomen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und allgemeiner psychischer Gesundheit und ein positiver Zusammenhang mit der Resilienz empirisch gezeigt

werden konnte (Siriwardhana et al., 2014). Für den spezifischen Fall syrischer Geflüchteter in europäischen Ländern konnte in einer Studie (Renner et al., 2021) ein positiver Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-, depressiver- und Angstsymptomatik gefunden werden. Böge und Kolleg*innen (2020) konnten diesen Zusammenhang jedoch nur für PTBS- und depressive-, jedoch nicht für Angstsymptomatik zeigen. Zudem konnte aktuelle Literatur (Kakaje et al., 2021; Von Arcosy et al., 2023) zeigen, dass die soziale Unterstützung über einen längeren Zeitraum wahrgenommen werden sollte, um eine positive Bewältigung von Traumata von Geflüchteten zu begünstigen und dass die Dauer sowie die Anzahl traumatischer Ereignisse mit einem geringeren positiven Effekt der sozialen Unterstützung auf die PTBS-Symptomatik assoziiert waren.

Die Ergebnisse von Siriwardhana und Kolleg*innen (2014) unterstreichen zudem die Konzeptualisierung von Resilienz als Produkt eines unterstützenden Umfeldes und ausreichenden Ressourcen um schwierige Lebenslagen zu bewältigen. Soziale Unterstützung spielt demnach eine wesentliche Rolle für die Resilienz von Geflüchteten. In dem systematischen Review von Von Arcosy und Kolleg*innen (2023) konnte zudem gezeigt werden, dass soziale Unterstützung eine adaptive Bewältigung von Traumata bei Geflüchteten begünstigte. Fehlen allerdings Ressourcen, um schwierigen Situationen adäquat bewältigen zu können, so ist eine Person, welche soziale Unterstützung erfährt, womöglich dennoch in einem geringen Ausmaß resilient (Siriwardhana et al, 2014).

1.4 Ziel der Masterarbeit

Die vorliegende Masterarbeit hat daher zum Ziel, zwei protektive Faktoren, Resilienz und wahrgenommene soziale Unterstützung im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von syrischen Geflüchteten in Österreich im Detail zu untersuchen.

In einer ersten Fragestellung soll untersucht werden, ob sich syrische Geflüchtete hinsichtlich ihrer Resilienz von einer repräsentativen Stichprobe der schwedischen Allgemeinbevölkerung unterscheiden. In der zum Vergleich herangezogenen Studie (Skalisky et al., 2022), fanden sich vergleichbare Werte mit denen aus einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung in den USA (Connor & Davidson, 2003). Da Resilienz über verschiedene Personengruppen negativ mit Psychopathologie assoziiert war (Joyce et al., 2018; Schibalski et al., 2017), und diese

in Populationen von Geflüchteten in vergangenen Studien (Nguyen et al., 2022) sehr prävalent waren, wurde die folgende Hypothese aufgestellt:

H1: Syrische Geflüchtete in Österreich haben eine signifikant niedrigere Resilienz als eine repräsentative Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung.

Zu dem Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit ist die aktuelle Forschung unzureichend, um sagen zu können, in welchem Ausmaß Resilienz und wahrgenommene soziale Unterstützung bei erwachsenen syrischen Geflüchteten als protektive Faktoren für psychische Gesundheit dienen. Zwar sind psychische Probleme bei syrischen Geflüchteten sehr prävalent (Nguyen et al., 2022), jedoch können die Auswirkungen von Prä-, Peri-, und Postmigrationsfaktoren und somit auch von protektiven Faktoren in Abhängigkeit von der Herkunft der Geflüchteten sowie dem Aufnahmeland variieren (Oakley et al., 2021). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Resilienz und Psychopathologie wurde bislang zudem wenig Forschung betrieben. Für den Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit gibt es Evidenz, diese ist jedoch nicht einheitlich (Böge et al., 2020; Renner et al., 2021). Mittels der zweiten Fragestellung sollte somit weitere Evidenz dahingehend geliefert werden, wie die Resilienz und die wahrgenommene soziale Unterstützung von syrischen Geflüchteten mit spezifischer und allgemeiner psychischer Gesundheit zusammenhängen. Daraus ergaben sich die folgenden Hypothesen:

H2.1: Resilienz steht in einem positiven Zusammenhang mit allgemeiner psychischer Gesundheit und in einem negativen Zusammenhang mit Ausprägungen von depressiver, Angst- und PTBS-Symptomatik bei syrischen Geflüchteten in Österreich.

H2.2: Wahrgenommene soziale Unterstützung steht in einem positiven Zusammenhang mit allgemeiner psychischer Gesundheit und in einem negativen Zusammenhang mit Ausprägungen von depressiver, Angst- und PTBS-Symptomatik bei syrischen Geflüchteten in Österreich.

Mit einer letzten Fragestellung wurde der Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz bei syrischen Geflüchteten in Österreich untersucht. Auf Basis vergangener Forschung (Siriwardhana et al., 2014), wurde ein positiver Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten vermutet. Es wurde daher die folgende Hypothese aufgestellt:

H2.3: Die wahrgenommene soziale Unterstützung steht in einem positiven Zusammenhang mit der Resilienz bei Menschen mit Fluchterfahrung.

2. Methode

2.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende Masterarbeit wurde im Rahmen des Dissertationsprojekts *Targeting the mental health of asylum seekers in Austria* (MHAS; Universität Wien, o. D.) verfasst. Das Projekt, angesiedelt an der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Universität Wien, steht unter der Leitung von Rojan Amini-Nejad, betreut durch Priv.-Doz. Dr. Dr. Dipl.-Psych. Ricarda Nater-Mewes. In drei Studien, sollen die Bedürfnisse syrischer und afghanischer Geflüchteter in Österreich erhoben werden, um eine niederschwellige psychoedukative Gruppenintervention (Weise et al., 2021) auf diese Zielgruppe anzupassen.

Die aktuellen Daten stammen aus der ersten dieser drei Studien, in welcher mittels Fragebogenbatterie und Fokusgruppen die Bedürfnisse, die subjektive Einschätzung zu dem eigenen Wissen über psychische Belastungen während und nach der Flucht, sowie das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten in Österreich erhoben wurden. Für die vorliegende Arbeit wurden ausschließlich Daten aus den quantitativen Erhebungen verwendet.

Das Design dieser Masterarbeit war nicht-experimentell. Die Erhebung erfolgte querschnittlich. Dabei wurden nicht-randomisiert alternierend zwei Versionen einer Fragebogenbatterie vorgegeben, welche sich ausschließlich hinsichtlich einer Fallvignette aus der übergeordneten Studie unterschieden. Die Fallvignetten wurden vorgegeben, um das Wissen der Teilnehmenden über psychische Erkrankungen zu erheben und beschrieben entweder Symptome einer Depression oder einer PTBS. Anschließend sollten Teilnehmende angeben, welche Personen oder Einrichtungen bei den beschriebenen Problemen am besten helfen könnten.

Das Design des übergeordneten Forschungsprojekt stand zu Beginn dieser Masterarbeit bereits fest, die Fragestellungen und Hypothesen wurden jedoch A-Priori aufgestellt, bevor die Daten analysiert wurden. Für den Vergleich der Resilienz geflüchteter Personen mit der Allgemeinbevölkerung, wurde eine repräsentative Stichprobe der schwedischen Bevölkerung aus einer vorangegangenen Studie (Velickovic et al., 2020) herangezogen.

2.2 Vorgehen

Die Datenerhebung erfolgte nach Vorlegen einer Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie in arabischer und deutscher Sprache. Anschließend erhielten die Teilnehmenden eine gedruckte Version der Fragebogenbatterie in arabischer und deutscher oder englischer Sprache wobei alternierend, nicht-randomisiert entweder die Version A1, mit einer Fallvignette zu depressiver Symptomatik oder die Version A2, mit einer Fallvignette zu PTBS-Symptomatik vorgegeben wurde. Es gab keine Zeitbegrenzung, die Teilnehmenden konnten jederzeit pausieren, jedoch wurden sie dazu instruiert, die Fragen selbstständig zu beantworten. Nach dem Ausfüllen der Fragebögen, unterschrieben die Teilnehmenden ein Dokument zur Bestätigung des Erhalts der Aufwandsentschädigung in Höhe von 10€ und erhielten diese im Anschluss. Bei Interesse konnten die Teilnehmenden ihre Kontaktdaten für weitere Studien aus dem MHAS-Projekt hinterlassen.

Die Datenerhebung erfolgte durch Masterstudierende der Universität Wien, die ihre Masterarbeit in dem MHAS-Projekt schrieben, oder auch durch die Projektleitung. Die Testleiter*innen verfügten somit zumindest über einen Bachelor of Science in Psychologie und waren mit dem Forschungsfeld vertraut.

Die Rekrutierung erfolgte mittels Flyer und Kontaktaufnahme mit psychosozialen Einrichtungen, Sprachzentren und gemeinnützigen Vereinen in Wien sowie im Umkreis der Stadt. Die Übermittlung der Flyer an die Einrichtungen erfolgte zumeist via E-Mail oder vor Ort. Nach Einvernehmen mit einer der Einrichtungen wurden Menschen vor oder in den Einrichtungen angesprochen und deren Interesse an einer Teilnahme erfragt. Nach dem Schneeballprinzip wurden so auch weitere Teilnehmende gewonnen. Es handelte sich daher um eine anfallende Stichprobe. Von einer Selbst-Selektion ist zudem auszugehen, da das Bewerben der Studie bei Personen, welche die Dienstleistungen der oben erwähnten Einrichtungen nicht in Anspruch nahmen, erschwert war.

Daten der vorliegenden Masterarbeit wurden zwischen März 2022 und November 2023 erhoben. Sofern möglich, half eine arabischsprachige Person bei der Rekrutierung, um die Kommunikation zu erleichtern. Die Datenerhebung fand nach Absprache mit den Einrichtungen vor Ort statt. Hier wurden uns dankenswerterweise insbesondere vom Berufsförderungsinstitut Wien (<https://www.bfi.wien/>), dem Verein Ute Bock (<https://www.fraubock.at/de/>) sowie dem Verein Garten der Begegnung (<https://www.gartenderbegegnung.com/>) Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Zudem wurden Daten nach Terminvereinbarung auch in der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Universität Wien erhoben, an welcher das vorliegende Projekt angesiedelt ist. Insbesondere in den erwähnten Einrichtungen, ließen sich mögliche Distraktoren nicht gänzlich vermeiden. Durch die dynamische Natur der Örtlichkeiten, konnte es hier zu Ablenkungen durch Geräusche oder andere Menschen kommen. Nichtsdestotrotz war zu jedem Zeitpunkt der Datenerhebung mindestens ein*e Testleiter*in anwesend, um die Qualität der Erhebung sicherzustellen.

Die Befragten erklärten sich mittels Einverständniserklärung zu den Bedingungen der Teilnahme an der Studie bereit. Auf diesem Wege wurden Sie auch über Ziele und mögliche Risiken der Studie informiert. Zudem wurden Kontaktmöglichkeiten im Falle psychischer Belastung gegeben. Ein Abbruch war zu jedem Zeitpunkt möglich und zog keine weiteren Konsequenzen mit sich. Die Daten wurden unter Einhaltung der Datenschutzbestimmung in pseudonymisierter Form verarbeitet und ausgewertet.

Das übergeordnete Forschungsprojekt *Targeting the mental health of asylum seekers in Austria* wurde von der Ethikkommission der Universität Wien (Nr. 00679) akzeptiert und der Deklaration von Helsinki entsprechend durchgeführt.

2.3 Teilnehmende

Teilnehmende der vorliegenden Studie waren Menschen syrischer Abstammung, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht länger als 36 Monate in Österreich aufgehalten hatten. Eine zusätzliche Voraussetzung war ein Mindestalter von 18 und ein Höchstalter von 65 Jahren. Informationen von afghanischen Geflüchteten wurden nicht in die Datenanalyse miteinbezogen, da nicht genügend afghanisch-stämmige Teilnehmende rekrutiert werden konnten.

Eine Poweranalyse für eine lineare multiple Regression (MLR) wurde mit G*Power (Faul et al., 2007) durchgeführt, um die Mindeststichprobengröße zu

ermitteln. Die Effektgröße wurde aus der Vergleichsstichprobe für die Resilienz (Velickovic et al., 2020) mit $f^2 = .22$ entnommen. Bei einem α -Niveau von .05, einer Teststärke von .80 und 5 Prädiktoren für die multiplen linearen Regressionen der zweiten Fragestellung ergab sich somit eine erforderliche Stichprobengröße von $n = 65$.

Insgesamt wurden die Daten von 153 Personen analysiert. Die Verteilung der Stichprobe hinsichtlich Geschlecht, Familienstand, Präsenz der Familie in Österreich, Deutschkenntnisse, Bildung sowie Aufenthaltsstatus sind in Tabelle 1 dargestellt. Die deutlich geringere Zahl an weiblichen Teilnehmenden (15 %) ist konsistent mit der Asylantragsstatistik (BMI, 2022), welche ein Verhältnis von einer Frau zu neun Männern aufzeigte. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 33.55 Jahre. Dies ist ebenfalls vergleichbar mit den Ergebnissen der aktuellen Meta-Analyse zu syrischen Geflüchteten in Ländern mit hohem Grundeinkommen (Nguyen et al., 2022). Mit 36 % waren die meisten Teilnehmenden zwischen 25 und 35, 26 % zwischen 18 und 25 und 27 % zwischen 35 und 45 Jahre alt. Lediglich 11 % der Teilnehmenden waren zwischen 45 und 65 Jahre alt. Auch die Verteilung der Bildung ist vergleichbar mit jener in Studien aus der Meta-Analyse von Nguyen und Kolleg*innen (2022).

Im Schnitt befanden sich die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit 12 Monaten in Österreich. In 76 % der Fälle befand sich der*die Partner*in der befragten Person nicht in Österreich, auch diese Zahlen sind konsistent mit jenen von Nguyen und Kolleg*innen (2022). Gleichsam hatten 64 % zum Zeitpunkt der Befragung Freund*innen oder Bekannte in Österreich. Zudem gaben 63 % der Befragten an, ihr sozialer Status sei in Österreich im Vergleich zu der Zeit vor der Flucht *besser* oder *viel besser* während 14 % den sozialen Status als *schlechter* und 9 % als *viel schlechter* empfanden. Ungefähr die Hälfte (51 %) der Teilnehmenden wohnte zum Zeitpunkt der Befragung in einer Gemeinschaftswohnung, 18 % in einem Erstaufnahmezentrum.

Tabelle 1*Soziodemographische Daten*

Geschlecht		<i>Weiblich</i>	<i>Männlich</i>	<i>Divers</i>	
<i>n (%)</i>		23 (15)	130 (85)	0 (0)	
Familienstand		<i>in Partnerschaft</i>	<i>Single</i>	<i>Anderes</i>	
<i>n (%)</i>		96 (62.8)	50 (32.7)	7 (4.6)	
Familie in Österreich		<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Teils</i>	
<i>n (%)</i>		19 (12.4)	114 (74.5)	20 (13.1)	

Deutsch- kenntnisse	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>Mittel</i>	<i>Gut</i>	<i>Sehr gut</i>
<i>n (%)</i>	32 (20.9)	86 (56.2)	23 (15)	12 (7.8)	0 (0)
Bildung	<i>Hochschule</i>	<i>Matura</i>	<i>Mittel- schule</i>	<i>Volks- schule</i>	<i>Kein Abschluss</i>
<i>n (%)</i>	40 (26.1)	51 (33.3)	12 (7.8)	23 (15)	21 (13.7)

Aufenthalts- status	<i>Grün</i>	<i>Weiß</i>	<i>Blau</i>	<i>Grau</i>	<i>Duldungs- karte</i>
<i>n (%)</i>	4 (2.6)	58 (37.9)	74 (48.4)	5 (3.3)	1 (0.7)

Anmerkung. Grün entspricht einer Verfahrenskarte, weiß einer Aufenthaltsgestattung, blau einer Aufenthaltserlaubnis und grau einer Karte für subsidiär Schutzberechtigte.

2.4 Messinstrumente

Die für die vorliegende Studie verwendete Fragebogenbatterie erfasste eine Reihe soziodemographischer Daten. Geschlecht, Alter, Nationalität, Ethnie, Fluchtdauer sowie Aufenthaltsdauer in Österreich wurden erfragt. Zudem wurden sprachliche Kompetenzen, Bildung und berufliche Ausbildung, sozialer Status und Unterstützung in Österreich, familiäre Situation, Religionszugehörigkeit, Glaube sowie Wohnsituation und aktueller Aufenthaltsstatus erhoben. In der Masterarbeit wurden für H2.2 und H2.3 Geschlecht, Bildung und Alter, die wahrgenommene Veränderung des sozialen Status nach der Flucht sowie die Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich und für die H2.1 zusätzlich die wahrgenommene soziale Unterstützung als Kovariaten berücksichtigt. Die wahrgenommene Veränderung des sozialen Status wurde dabei mit der Frage „Wie hat sich Ihr sozialer Status im Vergleich zu der Zeit vor Ihrer Flucht verändert? Mit sozialem Status meinen wir, wie angesehen Sie in Ihrem sozialen Umfeld sind.“ Erhoben. Antwortmöglichkeiten waren *Viel besser*, *Besser*, *Gleich*, *Schlechter* oder *Viel schlechter*.

Im Folgenden werden jene Instrumente und Variablen angeführt, die für die Masterarbeit als primäre Variablen verwendet wurden.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mit der Frage „Haben Sie Unterstützung von Ihrer Familie, FreundInnen oder anderen Menschen in Bezug auf ihr Asylverfahren“ mittels 5-stufiger Antwortskala in den Abstufungen *Nie*, *Selten*, *Manchmal*, *Oft* und *Immer* erhoben.

Um die Resilienz der Teilnehmenden zu ermitteln, wurde die *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC-25; Connor & Davidson, 2003) verwendet. Resilienz wird hier als Ensemble von persönlichen Eigenschaften definiert, die es einem Menschen ermöglichen, schwierige Lebenssituationen gut zu bewältigen (Connor & Davidson, 2003). Der Fragebogen umfasst 25 Fragen wie beispielsweise „*I am able to adapt when changes occur*“ (zu Deutsch: ich bin dazu in der Lage mich anzupassen, wenn Veränderungen passieren). Die Beantwortung der Fragen erfolgt mittels 5-stufiger Antwortskala mit den Abstufungen 0 *Not true at all* (trifft nicht zu), 1 *Rarely true* (trifft selten zu), 2 *Sometimes true* (trifft manchmal zu), 3 *Often true* (trifft oft zu) bis 4 *True nearly all the time* (trifft fast immer zu). Die Summe der Items ergibt somit einen maximalen Wert von 100. Je höher der erreichte Gesamtwert einer Person, desto höher ist die Resilienz dieser Person. Die interne Konsistenz war exzellent für die untersuchte Stichprobe (Cronbach's $\alpha = .911$).

Allgemeine psychische Gesundheit wurde mit den vier Subskalen *Somatic Symptoms* (somatische Symptome), *Anxiety and Insomnia* (Angst und Schlaflosigkeit), *social dysfunction* und *Severe Depression* (soziale Dysfunktion und schwere Depression) des *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Goldberg & Williams, 1996) erhoben. Teilnehmende wurden mittels 28 Items zu ihrer allgemeinen psychischen Gesundheit in den letzten sieben Tagen befragt. Beispielitems sind etwa „Haben Sie sich richtig gesund und wohl gefühlt?“ oder „Haben Sie irgendwelche Kopfschmerzen gehabt?“. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 *Überhaupt nicht* bis 3 *Sehr viel mehr als üblich*. Höhere Gesamtwerte indizieren dabei eine schlechtere allgemeine psychische Gesundheit (Goldberg & Williams, 1996). Die interne Konsistenz war exzellent für die untersuchte Stichprobe (Cronbach's $\alpha = .932$).

Um depressive Symptomatik zu erheben, wurde der *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) vorgegeben. Dieser Fragebogen erfasst mit neun Items die wahrgenommene Beeinträchtigung durch Beschwerden in den letzten zwei Wochen vor der Erhebung. Beispielitems sind hier „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“ oder „Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben“. Die Teilnehmenden sollten angeben, ob sie die genannte Beschwerde 0 *Überhaupt nicht*, 1 *An einzelnen Tagen*, 2 *An mehr als der Hälfte der Tage* oder 3 *Beinahe jeden Tag* beeinträchtigte. Aus der Summe der Antworten auf die einzelnen Items ergibt sich ein maximaler Wert von 27. Gesamtscores zwischen 0-4 weisen auf keine depressive Symptomatik hin, Werte zwischen 5-9 auf eine milde Symptomatik, zwischen 10-14 auf eine moderate, zwischen 15-19 auf eine moderate bis schwere und Werte über 19 auf eine schwere depressive Symptomatik hin. Die interne Konsistenz war gut für die untersuchte Stichprobe (Cronbach's $\alpha = .883$).

Zur Erhebung von Angstsymptomatik wurde die *Generalized Anxiety Disorder-Scale* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) verwendet. Diese Skala umfasst sieben Items anhand derer analog zu dem PHQ-9 erhoben wird, wie sehr die genannten Beschwerden in den vergangenen zwei Wochen eine Belastung dargestellt haben. Beispielitems sind etwa „Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“ oder „Schwierigkeiten zu entspannen“. Die Skalierung der Antwortmöglichkeiten erfolgt ebenfalls analog zum PHQ-9. Ausprägungen reichen von 0-21, wobei höhere Werte eine ausgeprägtere Angstsymptomatik implizieren (Spitzer et al., 2006). Werte von 15 oder höher entsprechen einer schweren Angstsymptomatik. Die interne Konsistenz war exzellent für die untersuchte Stichprobe (Cronbach's $\alpha = .905$).

Mittels der PTBS-Checkliste des DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013) wurde die PTBS-Symptomatik erhoben. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die wahrgenommene Belastung im vergangenen Monat durch Probleme anzugeben, welche infolge eines belastenden Ereignisses auftreten können. Der Fragebogen umfasst 20 Items. Beispielitems sind etwa „Wiederholte, beunruhigende Träume von dem Belastenden Erlebnis“ oder „Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis“. Antwortmöglichkeiten reichen von 0 *überhaupt nicht* bis 4 *sehr stark*. Höhere Gesamtwerte implizieren eine ausgeprägtere PTBS-Symptomatik, Werte von 33 oder höher sind indikativ für eine PTBS (Weathers et al., 2013). Die interne Konsistenz war exzellent für die untersuchte Stichprobe (Cronbach's $\alpha = .940$).

3. Ergebnisse

3.1 Statistische Analysen

Alle gewonnenen Daten wurden mittels der Statistik Software SPSS (IBM Corp., 2021) gesammelt und analysiert. Ein Little's MCAR-Test wurde durchgeführt, um systematisch fehlende Werte zu identifizieren. Das Ergebnis für die interessierenden Variablen war nicht signifikant ($p = .100$), fehlende Werte waren demnach zufällig verteilt (*missing completely at random*). Eine weitere Analyse der fehlenden Werte ergab, dass 98 % der Variablen fehlende Werte aufwiesen und 64 % der Teilnehmenden die Fragebogenbatterie nicht vollständig ausgefüllt hatten. Insgesamt fehlten 3 % der einzelnen Werte. Bei der Verteilung der fehlenden Werte war kein systematisches Muster erkennbar, was auf zufällig fehlende Werte hindeutete. Um einen Bias in der Parameterschätzung auszuschließen und die Validität der Ergebnisse zu verbessern, wurden die fehlenden Werte zusätzlich mittels multipler Imputation ersetzt. Eine Person wurde nachträglich ausgeschlossen, da eine systematische Antworttendenz festgestellt wurde, welche zu unwahrscheinlichen Ergebnissen führte. Die Person hatte über mehrere Fragebögen hinweg durchwegs dieselbe Zahl angekreuzt. Die finale Stichprobe umfasste daher 153 Personen.

Anschließend wurden deskriptive Statistiken für soziodemographische Daten berechnet. Die Ausprägungen von Resilienz, wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie psychopathologischer Symptomatik sind in *Tabelle 2* angeführt.

Tabelle 2*Ausprägungen protektiver Faktoren und Psychopathologie*

Soziale	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
Unterstützung (%)	58.20	13.70	16.30	5.90	5.90
Resilienz	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	
	71.38	17.83	14.00	100.00	
Allg. psychische	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	
Gesundheit	21.69	15.97	0.00	63.00	
Depressive	<i>N.v.</i>	<i>Mild</i>	<i>Moderat</i>	<i>M/S</i>	<i>Schwer</i>
Symptomatik (%)	36.60	26.60	17.00	12.40	7.20
Angst-	<i>N.v.</i>	<i>Mild</i>	<i>Moderat</i>	<i>Schwer</i>	
symptomatik (%)	54.90	23.50	15.70	5.90	
PTBS-	Unter klinischem Cut-off		Über klinischem Cut-off		
Symptomatik (%)	66.00		34.00		

Anmerkung. Für depressive- und Angstsymptomatik steht *N.v.* für nicht vorhanden. *M/S* bezeichnet eine moderat bis schwere Ausprägung.

In einem weiteren Schritt wurden Summenwerte für den CD-RISC-25 berechnet, wobei höhere Werte für eine ausgeprägtere Resilienz standen. Für GHQ-28, PHQ-9, GAD-7 sowie PCL-5 wurden ebenfalls Summenwerte berechnet, wobei höhere Werte für eine ausgeprägtere Symptomatik stehen. Menschen mit höheren Werten im GHQ-28 zeigten somit eine schlechtere allgemeine psychische Gesundheit. Anschließend wurden Reliabilitätsanalysen für die einzelnen Skalen durchgeführt. Da die wahrgenommene soziale Unterstützung mit nur einem Item erhoben wurde und die Werte daher nicht metrisch waren, wurde die Variable für die Analysen Dummy-kodiert. Ein Wert von 1 bedeutet demnach, dass Teilnehmende angaben, manchmal oder immer soziale Unterstützung im Asylprozess erfahren zu haben. Der Wert 0 hingegen, bedeutet, dass sie manchmal, selten oder nie soziale Unterstützung in diesem Kontext erfahren hatten. Ein Modell, welches für jede Abstufung von sozialer Gesundheit getrennte Dummy-Variablen untersuchte, unterschied sich nicht hinsichtlich der Signifikanz der Ergebnisse, weshalb die Berechnung mittels einer einzigen Dummy-Variable beibehalten wurde.

Zur Beantwortung der H1 wurde ein t-Test für eine Stichprobe durchgeführt, um die durchschnittliche Resilienz der Stichprobe syrischer Geflüchteter mit jener einer repräsentativen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen. Vorab wurde die Normalverteilung der Resilienz-Werte mittels Shapiro-Wilk Test überprüft. Das Ergebnis war signifikant ($p = < .001$). Die Daten waren demnach nicht normalverteilt. Da die Stichprobe deutlich über 30 Personen umfasste, wurde diese Voraussetzungsverletzung jedoch toleriert.

Zur Beantwortung der Hypothesen H2.1, H2.2 und H2.3 wurden gewisse soziodemographische Daten als Kovariaten berücksichtigt. In vergangener Forschung zu der psychischen Gesundheit von Geflüchteten (Blackmore et al., 2020; Guichard, 2020) wurden Geschlecht, Bildung und Alter als mögliche Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten diskutiert. Die Studienlage hierzu ist jedoch nicht eindeutig. Eine aktuelle Meta-Analyse von Nguyen und Kolleg*innen (2022) zu der psychischen Gesundheit von syrischen Geflüchteten konnte hier beispielsweise keinen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit feststellen. Die Autor*innen sprachen sich jedoch dennoch für weitere Forschung zu Unterschieden der Prävalenzen psychischer Störungen bei syrischen Geflüchteten hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung aus. Zusätzlich wurden die wahrgenommene Veränderung des sozialen Status nach der Flucht sowie die Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich als Kovariaten erfasst. Hier wurde ein Zusammenhang mit Resilienz sowie wahrgenommener sozialer Unterstützung aufgrund der Bedeutung der Familie sowie der Gemeinschaft in der syrischen Kultur vermutet (Hassan et al., 2016). Da die wahrgenommene soziale Unterstützung in einem systematischen Review zu der psychischen Gesundheit von Geflüchteten (Siriwardhana et al., 2014) als Resilienz fördernder Faktor diskutiert wurde, wurde das Konstrukt als zusätzliche Kovariate in der H2.1 berücksichtigt.

Geschlecht, Bildung und sozialer Status wurden ebenfalls Dummy-kodiert. Für die Variable Geschlecht entsprechen Werte von 1 dem weiblichen Geschlecht, Werte von 0 dem männlichen. Ein Wert von 1 umfasst für die Variable Bildung jene Teilnehmenden mit Abitur/ Matura oder Hochschulreife, ein Wert von 0 umfasst Teilnehmende mit Hauptschulabschluss, Volksschulabschluss oder ohne Abschluss. Für die Variable der wahrgenommenen Veränderung des sozialen Status umfasst ein Wert von 1 eine Verschlechterung des sozialen Status und Werte von 0 ein Gleichbleiben oder eine Verbesserung des sozialen Status.

Mittels Streudiagrammen wurde für jede Analyse die Linearität der Zusammenhänge, die Homoskedastizität der Daten sowie die Normalverteilung der Residuen überprüft. Linearität der Zusammenhänge und die Homoskedastizität waren gegeben, die Normalverteilung der Residuen war bei den Analysen der drei Hypothesen annähernd gegeben. Aufgrund multivariater Ausreißer wurden für die Überprüfung der H2.1 zwei weitere Teilnehmende ausgeschlossen. Für die übrigen Hypothesen mussten keine Teilnehmende ausgeschlossen werden.

Zur Beantwortung der H2.1, dem Zusammenhang zwischen der Resilienz und der allgemeinen psychischen Gesundheit sowie depressiver, Angst- und PTBS-Symptomatik bei syrischen Geflüchteten in Österreich wurden vier multiple lineare Regressionen mit Resilienz als Prädiktor und allgemeiner psychischer Gesundheit sowie Angst-, PTBS- und depressiver Symptomatik als Outcomes gerechnet. Geschlecht, Alter, Bildung, wahrgenommener sozialer Status im Aufnahmeland, sowie Präsenz der*des Ehepartner*in in Österreich wurden als Kovariaten im Modell berücksichtigt.

Analog zu der H2.1 wurden für die H2.2 vier multiple lineare Regressionen mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung als Prädiktor und denselben Outcomes gerechnet. Hier wurden dieselben Kovariaten, exklusive der wahrgenommenen sozialen Unterstützung berücksichtigt. Auch für die H2.3 wurde eine multiple lineare Regression gerechnet, um den Zusammenhang zwischen der Resilienz und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in der Stichprobe zu untersuchen. Hier wurden dieselben Kovariaten wie für die H2.2 berücksichtigt.

Variablen wurden für alle Analysen der H2.1, H2.2 und H2.3 blockweise in die jeweiligen Modelle aufgenommen. Die Kovariaten wurden in einem ersten Block aufgenommen und die interessierenden unabhängigen Variablen in einem zweiten Block.

3.2 Vergleich der Resilienz der Stichprobe mit jener der Allgemeinbevölkerung

Zur Beantwortung der H1 wurde ein t-Test bei einer Stichprobe durchgeführt. Es ergab sich ein signifikanter Effekt bezüglich der Resilienz ($t(153) = 1.45, p = .039$). Geflüchtete Personen in der Stichprobe wiesen signifikant höhere Resilienz-Werte als die schwedische Allgemeinbevölkerung auf (siehe *Tabelle 3*).

Tabelle 3

t-Test bei einer Stichprobe zu Unterschieden in der Resilienz zwischen syrischen Geflüchteten und der Allgemeinbevölkerung

Variable	Allgemeinbevölkerung		Syrische Geflüchtete		$t(df)$	p	Cohen's d
	M	SD	M	SD			
CD-RISC-25	68.88	12.61	71.38	17.83	1.45 (153)	0.039	0.143

3.3 Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit

3.3.1 Zusammenhang zwischen Resilienz und allgemeiner psychischer Gesundheit

Um die Vorhersagefähigkeit von Resilienz unter der Kontrolle von Geschlecht, Bildung, Alter, wahrgenommener Veränderung des sozialen Status nach der Flucht, der Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich sowie der wahrgenommenen sozialen Unterstützung im Asylprozess auf die allgemeine psychische Gesundheit zu überprüfen, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Dieselben Kovariaten wurden in den übrigen Analysen zum Zusammenhang der Resilienz mit Psychopathologie ebenfalls berücksichtigt. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 21.7 % der Varianz ($F(1,144) = 5.671, p < .001$). Der wahrgenommene soziale Status konnte die allgemeine psychische Gesundheit signifikant vorhersagen ($b = 12.464, p < .001$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 4*). Die Allgemeine psychische Gesundheit konnte durch die Resilienz ($b = -0.268; p < .001$) signifikant

vorhergesagt werden. Die Hinzunahme der Resilienz in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 7.7 %.

Tabelle 4

MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und allgemeiner psychischer Gesundheit

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	1.943	3.872	0.029	0.616	1.528	3.713	0.016	0.681
Bildung	-3.291	2.608	-0.078	0.207	-1.57	2.582	-0.028	0.543
Alter	0.097	0.136	0.07	0.474	0.094	0.131	0.067	0.474
Sozialer Status	12.464	3.112	0.329	<.001	11.155	3.081	0.291	<.001
Ehepartner*in in Österreich	-1.859	3.181	-0.006	0.56	-2.527	3.149	-0.017	0.424
Soziale Unterstützung	-4.761	4.079	-0.108	0.243	-2.024	3.974	-0.051	0.611
Resilienz					-0.268	0.075	-0.29	<.001
<i>R</i> ²	.141				.217			
ΔR^2					.077			

3.3.2 Zusammenhang zwischen Resilienz und depressiver Symptomatik

Eine weitere multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um die Vorhersagefähigkeit von Resilienz auf die depressive Symptomatik zu überprüfen. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 18.4 % der Varianz ($F(1,144) = 4.353, p < .001$). Der wahrgenommene soziale Status konnte auch die depressive Symptomatik signifikant vorhersagen ($b = 4.293, p = .002$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 5*). Die depressive Symptomatik konnte durch die Resilienz ($b = -0.103, p < .001$) signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme der Resilienz in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 6.5 %.

Tabelle 5

MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und depressiver Symptomatik

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	-0.5	1.685	-0.016	0.767	-0.66	1.631	-0.028	0.686
Bildung	-1.273	1.126	-0.075	0.258	-0.612	1.102	-0.03	0.579
Alter	-0.01	0.059	-0.028	0.872	-0.011	0.058	-0.031	0.851
Sozialer Status	4.293	1.397	0.309	0.002	3.788	1.371	0.274	0.006
Ehepartner*in in Österreich	-1.619	1.352	-0.091	0.231	-1.874	1.306	-0.101	0.152
Soziale Unterstützung	-1.069	1.75	-0.072	0.541	-0.015	1.722	-0.019	0.993
Resilienz					-0.103	0.033	-0.268	0.002
<i>R</i> ²	.110				.176			
ΔR^2					.065			

3.3.3 Zusammenhang zwischen Resilienz und Angstsymptomatik

Eine weitere multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um die Vorhersagefähigkeit von Resilienz auf die Angstsymptomatik zu überprüfen. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 13.9 % der Varianz ($F(1,144) = 3.306, p = .003$). Der wahrgenommene soziale Status konnte auch die Angstsymptomatik signifikant vorhersagen ($b = 3.319; p = .002$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 6*). Die Angstsymptomatik konnte durch die Resilienz ($b = -0.079, p = .002$) signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme der Resilienz in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 5.9 %.

Tabelle 6

MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und Angstsymptomatik

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	0.088	1.357	-0.001	0.948	-0.035	1.324	-0.013	0.979
Bildung	-0.306	0.88	-0.013	0.728	0.197	0.869	0.03	0.821
Alter	-0.002	0.047	0.006	0.97	-0.003	0.045	0.004	0.953
Sozialer Status	3.319	1.091	0.283	0.002	2.932	1.084	0.249	0.007
Ehepartner*in in Österreich	-0.544	1.19	-0.012	0.649	-0.737	1.155	-0.022	0.526
Soziale Unterstützung	-1.061	1.359	-0.058	0.435	-0.258	1.346	-0.008	0.848
Resilienz					-0.079	0.025	-0.253	0.002
<i>R</i> ²	.081				.139			
ΔR^2					.059			

3.3.4 Zusammenhang zwischen Resilienz und PTBS-Symptomatik

Eine letzte multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um die Vorhersagefähigkeit von Resilienz auf die PTBS-Symptomatik zu überprüfen. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 13.8 % der Varianz ($F(1,144) = 3.372, p = .003$). Der wahrgenommene soziale Status konnte auch die Angstsymptomatik signifikant vorhersagen ($b = 10.256, p = .010$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 7*). Die PTBS-Symptomatik konnte durch die Resilienz ($b = -0.086, p = .005$) signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme der Resilienz in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 5.4 %.

Tabelle 7

MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und PTBS-Symptomatik

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	-1.025	4.618	-0.033	0.824	-1.403	4.552	-0.044	0.758
Bildung	0.712	2.971	0.046	0.811	2.258	2.936	0.088	0.442
Alter	0.002	0.157	-0.006	0.988	-0.001	0.154	-0.008	0.997
Sozialer Status	10.256	3.911	0.288	0.010	9.069	3.971	0.256	0.026
Ehepartner*in in Österreich	-3.082	4.113	-0.039	0.458	-3.675	3.975	-0.048	0.36
Soziale Unterstützung	-1.252	4.535	-0.026	0.783	1.22	4.505	0.022	0.786
Resilienz					-0.242	0.086	-0.243	0.005
<i>R</i> ²	.084				.138			
ΔR^2					.054			

3.4 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit

3.4.1 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und allgemeiner psychischer Gesundheit

Um die Vorhersagefähigkeit von wahrgenommener sozialer Unterstützung im Asylprozess unter der Kontrolle von Geschlecht, Bildung, Alter, wahrgenommener Veränderung des sozialen Status nach der Flucht sowie der Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich auf die allgemeine psychische Gesundheit zu überprüfen, wurde eine weitere multiple lineare Regression durchgeführt. Dieselben Kovariaten wurden in den übrigen Analysen zum Zusammenhang der wahrgenommenen sozialen Unterstützung mit Psychopathologie ebenfalls berücksichtigt.

Das insgesamt signifikante Modell erklärte 14.4 % der Varianz ($F(1,146) = 4.103, p < .001$). Der wahrgenommene soziale Status konnte die allgemeine psychische Gesundheit signifikant vorhersagen ($b = 11.732; p < .001$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 8*). Die Allgemeine psychische Gesundheit konnte durch die wahrgenommene soziale Unterstützung ($b = -5.259, p = .190$) nicht signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme dieser in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 1.4 %.

Tabelle 8

MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und allgemeiner psychischer Gesundheit

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	0.629	3.668	0.006	0.864	1.284	3.706	0.023	0.729
Bildung	-3.461	2.586	-0.081	0.181	-3.224	2.571	-0.074	0.210
Alter	0.147	0.128	0.093	0.248	0.114	0.128	0.068	0.374
Sozialer Status	11.732	3.049	0.312	<.001	12.464	3.058	0.335	<.001
Ehepartner*in in Österreich	-1.197	3.041	0.004	0.694	-1.602	3.059	-0.008	0.601
Soziale Unterstützung					-5.259	4.008	-0.122	0.190
R^2	.130				.144			
ΔR^2					.014			

3.4.2 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik

Eine weitere multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik zu untersuchen. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 10.7 % der Varianz ($F(1,146) = 2.915, p = .010$). Der wahrgenommene soziale Status konnte die depressive Symptomatik erneut signifikant vorhersagen ($b = 3.899, p = .005$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 9*). Die Allgemeine psychische Gesundheit konnte durch die wahrgenommene soziale Unterstützung ($b = -1.038; p = .548$) nicht signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme dieser in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 0.5 %.

Tabelle 9

MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	-1.03	1.594	-0.04	0.518	-0.9	1.62	-0.03	0.579
Bildung	-1.345	1.138	-0.077	0.238	-1.299	1.144	-0.074	0.257
Alter	0.022	0.057	0.011	0.701	0.015	0.058	-0.003	0.793
Sozialer Status	3.899	1.376	0.286	0.005	4.044	1.408	0.299	0.004
Ehepartner*in in Österreich	-1.213	1.305	-0.071	0.353	-1.292	1.318	-0.077	0.327
Soziale Unterstützung					-1.038	1.728	-0.072	0.548
<i>R</i> ²	.102				.107			
ΔR^2					.005			

3.4.3 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Angstsymptomatik

Eine weitere multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Angstsymptomatik zu untersuchen. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 10.7 % der Varianz ($F(1,146) = 2.214, p = .045$). Der wahrgenommene soziale Status konnte die Angstsymptomatik erneut signifikant vorhersagen ($b = 3.03, p = .005$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe Tabelle 10). Die Angstsymptomatik konnte durch die wahrgenommene soziale Unterstützung ($b = -1.172, p = .378$) nicht signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme dieser in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 0.4 %.

Tabelle 10*MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Angstsymptomatik*

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	-0.437	1.284	-0.03	0.734	-0.294	1.302	-0.021	0.822
Bildung	-0.362	0.891	-0.011	0.685	-0.308	0.89	-0.008	0.73
Alter	0.023	0.043	0.044	0.591	0.016	0.044	0.03	0.719
Sozialer Status	3.030	1.064	0.265	0.005	3.19	1.077	0.278	0.003
Ehepartner*in in Österreich	-0.216	1.144	0.008	0.851	-0.303	1.161	0.001	0.795
Soziale Unterstützung					-1.172	1.33	-0.068	0.378
<i>R</i> ²	.079				.083			
ΔR^2					.004			

3.4.4 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik

Eine zusätzliche multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik zu untersuchen. Das insgesamt signifikante Modell erklärte 8.7 % der Varianz ($F(1,146) = 2.331, p = .035$). Der wahrgenommene soziale Status konnte die PTBS-Symptomatik erneut signifikant vorhersagen ($b = 9.600, p = .015$). Die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 11*). PTBS-Symptomatik konnte durch die wahrgenommene soziale Unterstützung ($b = -1.844, p = .679$) nicht signifikant vorhergesagt werden. Die Hinzunahme dieser in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 0.1 %.

Tabelle 11*MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik*

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	-2.773	4.369	-0.067	0.526	-2.543	4.44	-0.062	0.567
Bildung	0.716	2.983	0.052	0.810	0.801	2.998	0.054	0.79
Alter	0.077	0.148	0.039	0.603	0.066	0.151	0.031	0.664
Sozialer Status	9.600	3.857	0.271	0.015	9.856	3.89	0.277	0.013
Ehepartner*in in Österreich	-2.054	3.989	-0.014	0.609	-2.197	4.04	-0.017	0.589
Soziale Unterstützung					-1.844	4.454	-0.036	0.679
<i>R</i> ²	.086				.087			
ΔR^2					.001			

3.5 Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz

Eine letzte Regression wurde gerechnet um die Vorhersagefähigkeit von wahrgenommener sozialer Unterstützung im Asylprozess unter der Kontrolle von Geschlecht, Bildung, Alter, wahrgenommener Veränderung des sozialen Status nach der Flucht sowie der Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich auf die Resilienz von syrischen Geflüchteten zu überprüfen. Das insgesamt nicht-signifikante Modell erklärte 7.7 % der Varianz ($F(1,146) = 2.019, p = .067$). Bildung konnte die Resilienz signifikant vorhersagen ($b = 7.295, p = .015$), die übrigen im Modell erfassten Kovariaten trugen jedoch nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei (Siehe *Tabelle 12*). Auch die wahrgenommene soziale Unterstützung war kein signifikanter Prädiktor für die Resilienz ($b = 7.951, p = .083$). Die Hinzunahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in das Modell führte zu einer zusätzlichen Varianzerklärung von 2.2 %.

Tabelle 12*MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz*

Variable	Block 1				Block 2			
	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>	<i>b</i>	(SE)	β	<i>p</i>
Geschlecht	-0.964	4.279	-0.027	0.822	-1.943	4.303	-0.048	0.652
Bildung	7.295	2.981	0.183	0.015	6.933	2.961	0.175	0.019
Alter	-0.141	0.145	-0.094	0.332	-0.091	0.147	-0.063	0.535
Sozialer Status	-2.346	3.771	-0.061	0.535	-3.441	3.903	-0.09	0.38
Ehepartner*in in Österreich	-3.935	3.686	-0.079	0.287	-3.337	3.718	-0.065	0.371
Soziale Unterstützung					7.951	4.577	0.152	0.083
<i>R</i> ²	.055				.077			
ΔR^2					.022			

4. Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit untersuchte den Einfluss von Resilienz und wahrgenommener sozialer Unterstützung als protektive Faktoren auf die psychische Gesundheit von syrischen Geflüchteten in Österreich. Die Ergebnisse zeigen, dass die Resilienz in dieser Stichprobe signifikant ausgeprägter war als in der Allgemeinbevölkerung. Eine ausgeprägtere Resilienz stand zudem in einem positiven Zusammenhang mit allgemeiner psychischer Gesundheit und in einem negativen Zusammenhang mit depressiver-, Angst- und PTBS-Symptomatik. Dies war auch nach Kontrolle für Geschlecht, Bildung, Alter, sozialen Status, Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich und wahrgenommene soziale Unterstützung der Fall. Für die wahrgenommene soziale Unterstützung konnten allerdings keine Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit gefunden werden. Zudem konnte wahrgenommene soziale Unterstützung nach Kontrolle von Geschlecht, Bildung, Alter, wahrgenommenen sozialen Status sowie der Präsenz des*der Ehepartner*in in Österreich das

Ausmaß an Resilienz in der Stichprobe nicht vorhersagen. In diesem Modell war lediglich Bildung ein signifikanter Prädiktor für Resilienz.

Die wahrgenommene Veränderung des sozialen Status in Österreich im Vergleich zu vor der Flucht, stellte sich ebenfalls als signifikanter Prädiktor aller Variablen von psychischer Gesundheit heraus. Personen, die ihren sozialen Status in Österreich als gleich oder besser als vor der Flucht bewerteten, zeigten eine bessere allgemeine psychische Gesundheit und eine geringere depressive-, Angst- und PTBS-Symptomatik.

Die Ausprägungen von depressiver-, Angst- und PTBS-Symptomatik wurden in dieser Arbeit ebenfalls erfasst und sind in Tabelle 2 dargestellt. In der Stichprobe erreichten 34 % der Teilnehmenden einen Wert über dem klinischen Cut-off für eine PTBS nach Bovin und Kolleg*innen (2016). Dies war konsistent mit früherer Evidenz zu syrischen Geflüchteten (Nguyen et al., 2022). Bezüglich der depressiven-, sowie der Angstsymptomatik ist ein solcher Vergleich auf Grund fehlender klinischer Cut-offs der verwendeten Skalen nicht möglich, jedoch hatten im Falle der depressiven Symptomatik 37 % und im Falle der Angstsymptomatik 22 % der Teilnehmenden eine zumindest moderat ausgeprägte Symptomatik.

4.1 Resilienz syrischer Geflüchteter in Österreich

Ein Ziel dieser Masterarbeit war es, die Resilienz einer Stichprobe syrischer Geflüchteter in Österreich mit jener von Menschen ohne Fluchterfahrung zu vergleichen. In einem europäischen Land wurde meines Wissens bislang keine Studie mit dem CD-RISC mit erwachsenen syrischen Geflüchteten durchgeführt. Es wurden jedoch niedrigere Resilienz-Werte bei den untersuchten Syrer*innen vermutet, da aus vergangener Forschung (Hajak et al., 2021; Nguyen et al., 2022) eine erhebliche psychische Belastung dieser Personengruppe hervorgegangen war und Resilienz in anderen Stichproben durchwegs negativ mit Psychopathologie assoziiert war (Connor & Davidson, 2003; Bauriedl-Schmidt, 2017). Die Resilienz von syrischen Geflüchteten in der vorliegenden Studie war jedoch nicht nur im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, sondern auch im Vergleich zu bisheriger Forschung zu geflüchteten Jugendlichen in Australien (Ziaian et al., 2012), syrischen geflüchteten Jugendlichen im Irak (Ameen & Cinkara, 2018) und zu erwachsenen syrischen und palästinensischen Geflüchteten in Jordanien (Skalisky et al., 2022) hoch. Durchschnittliche

Werte im CD-RISC bewegten sich in diesen drei Studien in einem Bereich zwischen 60.00 und 63.70.

Da sich zwei der Studien (Ameen & Cinkara, 2018; Ziaian et al., 2012) mit Jugendlichen befassten, stellt sich die Frage, ob die höhere Resilienz in der Stichprobe der vorliegenden Masterarbeit durch das höhere durchschnittliche Alter der Teilnehmenden erklärbar ist. Die Studienlage zu Altersunterschieden in der Resilienz, gemessen mit dem CD-RISC ist jedoch nicht konklusiv. In dem Manual des CD-RISC (Davidson, 2020), welches Forschungsarbeiten zu dem Instrument synthetisierte, wird jedoch allenfalls von einem schwachen positiven Zusammenhang zwischen Alter und Resilienz ausgegangen. Alter als möglicher Grund für die ausgeprägte Resilienz erscheint auch in Anbetracht der Studie von Skalisky und Kolleg*innen (2022) nicht plausibel, welche die Resilienz mittels CD-RISC bei erwachsenen syrischen und palästinensischen Geflüchteten erhob und ebenfalls einen durchschnittlich deutlich niedrigeren Wert (63.40) fand. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden dieser Studie war mit 35.35 Jahren Vergleichbar mit dem der Stichprobe dieser Masterarbeit (33.55 Jahre). Ein Post-hoc berechneter t-Test zu den Unterschieden in der Resilienz zwischen den Daten von Skalisky und Kolleg*innen (2022) und denen der aktuellen Masterarbeit ergab einen signifikanten Unterschied ($t(152) = 5.577$, $p < .001$). Dieser Unterschied entspricht annähernd einem mittleren Effekt ($d = 0.451$; Siehe Anhang B). Eine weitere Post-hoc-Analyse ergab zudem keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und CD-RISC Werten in den vorliegenden Daten ($p = .248$; Siehe Anhang B). Die höhere Resilienz in der vorliegenden Studie ist somit vermutlich nicht durch Unterschiede im Alter der Teilnehmenden zu erklären.

Die Männer in der erwähnten Studie (Skalisky et al., 2022) hatten signifikant höhere Werte als die Frauen. Zwar berichtete Davidson (2020) von inkonsistenter Evidenz bezüglich Geschlechterunterschiede im CD-RISC, Skalisky und Kolleg*innen (2022) postulierten jedoch, dass dies im Kontext geflüchteter Personen anders sein könnte. Die Autor*innen argumentierten, dass Frauen vor, während und nach der Flucht in der Regel mehr Risiken und Traumata ausgesetzt sind als geflüchtete Männer. Interessanterweise waren 65 % der Teilnehmenden der Studie von Skalisky und Kolleg*innen weiblich. Im Gegensatz dazu waren 85 % der Teilnehmenden der vorliegenden Studie männlich und nur 15 % weiblich, was den Autor*innen zufolge ein Grund für die hohen Resilienz-Werte sein könnte. Auch ein systematisches

Review (Siriwardhana et al., 2014) konnte zeigen, dass Frauen in Populationen von Menschen mit Fluchterfahrungen im Durchschnitt eine geringere Resilienz aufwiesen als Männer. Das Geschlecht wurde in der vorliegenden Masterarbeit als Kovariate berücksichtigt, konnte die Resilienz allerdings nicht signifikant vorhersagen ($b = -0.964$, $p = .822$). Die Unterrepräsentation weiblicher Teilnehmenden, welche sich jedoch auch in der Geschlechterverteilung der Asylanträge widerspiegelt (BMI, 2022), kann somit die vergleichsweise hohe Resilienz der Stichprobe nicht erklären.

Eine plausiblere Erklärung erscheint, dass die Daten vergangener Studien bis auf eine (Ziaian et al., 2012), welche jedoch nicht ausschließlich syrische Geflüchtete untersuchte, in Ländern mit unmittelbarer Nähe zu dem eigenen Herkunftsland erhoben wurden. Geflüchtete in Transit- oder einkommensschwächeren Nachbarländern erleben vermutlich aufgrund von erhöhter Unsicherheit, schlechten Lebensbedingungen, Lebensmittelknappheit, schlechter Gesundheit und unmittelbarer Trennung von der Familie ein erhöhtes Maß an Stress (Khawaja et al., 2008). Analog dazu konnte gezeigt werden, dass die allgemeine Gesundheit von Geflüchteten in einkommensstärkeren Ländern besser ist als in einkommensschwächeren (Riza et al., 2020). In einer Studie von Alduraidi und Kolleg*innen (2020) zu syrischen Geflüchteten in Jordanien wurde zudem gefunden, dass Faktoren von finanzieller Unsicherheit wie Arbeitslosigkeit oder geringe finanzielle Mittel mit einer niedrigeren Resilienz assoziiert waren. Es erscheint demnach plausibel, dass die hohe gefundene Resilienz zu einem Teil auf die relative finanzielle und strukturelle Sicherheit in Österreich zurückzuführen ist.

Eine damit konsistente, weitere plausible Erklärung für die hohen Resilienz-Werte könnte die hohe durchschnittliche Bildung der Stichprobe liefern. So hatten 59 % der Befragten die Hochschulreife oder einen Universitätsabschluss. Auch konnte Bildung die Resilienz signifikant vorhersagen ($b = 7.295$, $p = .015$). Dies ist konsistent mit früheren Studien, welche einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und geringerer Ausbildung und weniger finanziellen Mitteln bei Geflüchteten (Alduraidi et al., 2020) und bei Menschen, welche kriegsbedingte Traumata erfahren hatten (Pavlacic et al. 2022), zeigen konnten. Guichard (2020) spricht in diesem Zusammenhang von einer *Selbst-Selektion* von Geflüchteten in Europa. Der Autor konnte zeigen, dass Syrer*innen mit hohem Bildungsstand, mit einer mehr als doppelt so großen Wahrscheinlichkeit nach Deutschland migrierten als jene mit einem

niedrigen Bildungsstand. Syrische Geflüchtete in Deutschland wiesen dabei einen höheren Bildungsstand auf als die syrische Allgemeinbevölkerung.

Auch größeres Durchhaltevermögen und persönliche Ressourcen, beides wesentliche Aspekte der Resilienz, wurden in einer früheren qualitativen Studie (Walther et al., 2021) zudem als ein Grund dafür angeführt, warum Menschen bis nach Europa flohen. Dies könnte eine weitere Erklärung dafür liefern, warum die Resilienz der Geflüchteten in der aktuellen Studie höher ist als jene aus Studien in Ländern mit geographischer Nähe zu Syrien.

Es ergibt sich somit ein Bild, das vermuten lässt, dass Syrer*innen mit gewissen Prädispositionen wie höherer Bildung, mehr finanziellen Mitteln oder mehr persönlichen Ressourcen im Vergleich zur syrischen Allgemeinbevölkerung in Europa überrepräsentiert sind. Dies könnte die vergleichsweise hohe durchschnittliche Resilienz der Stichprobe dieser Arbeit erklären. Finanzielle Mittel oder persönliche Ressourcen wurden allerdings in der vorliegenden Arbeit nicht erhoben.

4.2 Resilienz und psychische Gesundheit

Was den Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit betrifft, so sind die Ergebnisse dieser Masterarbeit im Einklang mit früherer Forschung. Die vorliegende Arbeit liefert analog zu dem systematischen Review zu syrischen Geflüchteten von de Lima Sa und Kolleg*innen (2022) Evidenz für die protektive Funktion der Resilienz für die psychische Gesundheit. Die Ergebnisse sind ebenfalls konsistent mit einer Studie zu dem Zusammenhang zwischen Resilienz und Stress bei Menschen mit einer leichten psychischen Belastung (Schibalski et al., 2017) oder dem Zusammenhang zwischen Resilienz und PTBS bei Kriegsveteran*innen (Pavlacic et al., 2022). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Resilienz und spezifischen psychischen Störungen hatte es bislang meines Wissens nur in Population von minderjährigen nicht aber von erwachsenen Geflüchteten Forschung gegeben. Für minderjährige geflüchtete Syrer*innen konnten Dehnel und Kolleg*innen (2022) einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und depressiver Symptomatik zeigen. Die Arbeit ergänzt den bestehenden Forschungsstand jedoch um neue Erkenntnisse zu dem spezifischen Zusammenhang zwischen der Resilienz und den geläufigsten psychischen Störungen sowie allgemeiner psychischer Gesundheit. So konnte in der Stichprobe erwachsener syrischer Geflüchteter in Österreich gezeigt werden, dass allgemeine psychische Gesundheit,

depressive-, Angst- sowie PTBS-Symptomatik signifikant durch die Resilienz vorhergesagt wurden. Effekte der Resilienz waren nach den Benchmarks von Cohen (1988) mit $f^2 = .083$ für allgemeine psychische Gesundheit, $f^2 = .070$ für depressive Symptomatik, $f^2 = .063$ für Angstsymptomatik und $f^2 = .057$ für PTBS-Symptomatik jedoch klein.

4.3 Soziale Unterstützung, Resilienz und psychische Gesundheit

Was die wahrgenommene soziale Unterstützung anbelangt, so sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konträr zu früheren Studien (Walther et al., 2021; Zalta et al., 2021), welche das Konstrukt als zentralen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit sahen. Auch die Ergebnisse des systematischen Review von Siriwardhana und Kolleg*innen (2014), welches einen negativen Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und sozialer Unterstützung durch die Familie bei Geflüchteten postulierte, spiegeln sich nicht in den aktuellen Daten.

Auf der anderen Seite sind die Ergebnisse konsistent mit jenen der Studie von Kakaje und Kolleg*innen (2021) zu Binnengeflüchteten und nicht Geflüchteten Syrer*innen und bieten ein Indiz dafür, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung in Populationen von Geflüchteten nicht zwangsläufig einen positiven Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aufweist. Als mögliche Gründe dafür, führten Kakaje und Kolleg*innen (2021) finanzielle Not und mangelnde Sicherheit an. Demnach könnten Faktoren wie Geldsorgen, Unsicherheiten im Asylprozess, schlechte Wohnbedingungen oder hohe Arbeitslosigkeit mögliche Moderatoren im Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit bei syrischen Geflüchteten sein. Mangelnde Ressourcen könnten in weiterer Folge auch eine Erklärung dafür liefern, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung in der vorliegenden Arbeit Resilienz-Werte nicht vorhersagen konnte. Soziale Unterstützung spielt demnach möglicherweise nur dann eine wesentliche Rolle für die Resilienz von Geflüchteten, wenn ausreichend persönliche und finanzielle Ressourcen vorhanden sind. Diese Interpretation der Ergebnisse ist analog zu dem von Siriwardhana und Kolleg*innen (2014) postulierten Zusammenspiel von sozialer Unterstützung, Ressourcen und Resilienz, wonach soziale Unterstützung und Ressourcen wesentliche Voraussetzungen für die Resilienz einer Person sind.

Ein weiterer Faktor, der die Ergebnisse erklären könnte, ist die Absenz der Familie der Geflüchteten in Österreich. So war bei 75 % der Studienteilnehmenden kein Familienmitglied zu der Zeit der Befragung in Österreich. Und während 63 % angaben, sich aktuell in einer Partnerschaft zu befinden, war der*die Ehepartner*in in 76 % der Fälle nicht in Österreich. Das spiegelt sich auch in der Verteilung des Ausmaßes an wahrgenommener sozialer Unterstützung der Teilnehmenden wider. Hier gaben 58 % an, nie familiäre soziale Unterstützung im Asylprozess erhalten zu haben. Nur 12 % hatten angegeben die Unterstützung oft oder immer erfahren zu haben.

Nun darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Operationalisierung der sozialen Unterstützung in dieser Studie das Konstrukt nicht ganzheitlich abbilden kann. Die Erhebung erfolgte lediglich mittels eines Items und dieses konzentrierte sich ausschließlich auf die Unterstützung durch die Familie im Asylprozess. Viele Geflüchtete verlieren jedoch im Verlauf der Flucht den Kontakt zu Ihrer Familie, oder können diese aufgrund der instabilen Lage im Heimatland nicht regelmäßig erreichen (Spaas et al., 2021). Das Einfordern von Unterstützung könnte möglicherweise weiters dadurch erschwert werden, dass viele Erwartungen durch die Familie an die geflüchtete Person gestellt werden. Diese umfassen unter anderem, die Zurückgebliebenen finanziell zu unterstützen. Eine offene Kommunikation von Schwierigkeiten und Hindernissen könnte dadurch deutlich erschwert sein (UNHCR, 2022). Zudem könnten Studienteilnehmende instrumentelle oder praktische soziale Unterstützung aufgrund örtlicher Entfernung oder mangelndem Wissen seitens der Familienmitglieder im Heimatland weniger häufig erfahren. Eine Reihe von Faktoren erschweren also die soziale Unterstützung durch die Familie bei Geflüchteten. Es bedarf somit einer vertiefenden Erhebung der familiären Situation, um erheben zu können, ob dieser protektive Faktor überhaupt verfügbar ist.

4.4 Wahrgenommene Veränderung des sozialen Status und psychische Gesundheit

Ein weiteres Ergebnis, welches nicht im primären Fokus dieser Arbeit gestanden hatte, betrifft die Bedeutung des sozialen Status für die psychische Gesundheit der Stichprobe. Unter den Studienteilnehmenden hatten 63 % angegeben, ihr sozialer Status hätte sich in Österreich im Vergleich zu Ihrem Heimatland verbessert oder wäre gleichgeblieben. Hingegen berichteten 23 % von einer Verschlechterung des

Status. Die wahrgenommene Veränderung des sozialen Status in Österreich im Vergleich zum Heimatland war sowohl mit allgemeiner psychischer Gesundheit als auch mit depressiver-, Angst- und PTBS-Symptomatik assoziiert. Die Wahrnehmung einer Verschlechterung des sozialen Status im Vergleich zu vor der Flucht stand dabei in einem Zusammenhang mit schlechterer allgemeiner psychischer Gesundheit und mit mehr depressiver-, Angst- und PTBS-Symptomatik. Diese Ergebnisse sind im Einklang mit einem systematischen Review zu Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit Geflüchteter in Deutschland (Hajak et al., 2021), das zeigen konnte, dass Marker für Integration wie Erwerbstätigkeit und Teilnahme an Sprach- und Integrationskursen sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkten. Der wahrgenommene soziale Status könnte in diesem Kontext als Indikator für ein Gefühl des Ankommens in dem Aufnahmeland gesehen werden. In Anbetracht der Tatsache, dass die soziale Integration als ein zentrales Element der sozialen Unterstützung gesehen werden kann, erscheint es plausibel, dass mit der Wahrnehmung der Veränderung des sozialen Status auch eine Komponente der sozialen Unterstützung erfasst wurde (de Lima Sa et al., 2022).

4.5 Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit müssen unter Berücksichtigung einiger Limitationen interpretiert werden. Die Hypothesen wurden aufgestellt, nachdem die Rekrutierungsphase bereits angelaufen war. Das Design und damit auch die Fragebögen des übergeordneten Projekts waren somit bereits festgelegt. Da in dem Projekt die Erhebung der sozialen Unterstützung nicht im Fokus steht, bestand die Operationalisierung des Konstrukts aus lediglich einem Item, welches eine spezifische Facette der sozialen Unterstützung erhob, nämlich die wahrgenommene familiäre soziale Unterstützung im Asylprozess. Die Ergebnisse sind somit nicht auf andere Facetten der sozialen Unterstützung und nur bedingt auf das Gesamtkonstrukt übertragbar.

Eine weitere Schwierigkeit ergab sich aus dem vorab festgelegten Studiendesign. Die verwendete Fragebogenbatterie umfasste insgesamt 40 DIN A4 Seiten. Die Zeit, die Studienteilnehmende für die Bearbeitung brauchten, wurde nicht erhoben, variierte jedoch erheblich. Teilnehmende fragten häufig nach, ob der Fragebogen vollständig auszufüllen wäre, ließen Items aus und gaben den Testleiter*innen zu verstehen, dass sie das Ausfüllen langwierig fanden. Obwohl Teilnehmende mit

unplausiblen Antwortverhalten ausgeschlossen und fehlende Daten imputiert wurden, bestand somit dennoch das Risiko für systematischen Bias. Während bei der Verteilung der fehlenden Antworten kein systematisches Muster erkennbar war, konnte nicht überprüft werden, ob Teilnehmende alle Fragen gewissenhaft ausgefüllt haben oder nicht. Es handelt sich hierbei jedoch um ein Grundproblem der psychologischen Forschung, welches die Validität von Fragebogenstudien allgemein betrifft.

Ein weiterer Bias könnte durch das Setting entstanden sein, in welchem die Studie durchgeführt wurde. Teilnehmende waren oft gemeinsam in einem Raum und füllten die Fragebögen gleichzeitig aus. Hierbei war es nicht immer möglich, die Kommunikation zwischen den Teilnehmenden zu unterbinden. Zudem sind Gemeinschaften von Geflüchteten in den Aufnahmeländern häufig klein, es bestehen Bedenken bezüglich der Preisgabe von Informationen oder den Absichten der Wissenschaftler*innen (Sulaiman-Hill & Thompson, 2011). Das bestehende Stigma um psychische Störungen in arabischen Kulturen könnte weiters verhindert haben, dass Syrer*innen offen über ihre Beschwerden berichteten. Unter Umständen könnte die Präsenz anderer Geflüchteter aus Scham oder Sorge vor Verurteilungen zu einem verzerrten Antwortverhalten geführt haben.

Wichtig ist auch zu betonen, dass die Stichprobenziehung nicht zufällig erfolgte und eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die gesamte Population syrischer Geflüchteter in Österreich dadurch nicht möglich ist. Eine anfallende Stichprobe, wie es auch die aus der aktuellen Arbeit ist, ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht repräsentativ (Sulaiman-Hill & Thompson, 2011). Die meisten Teilnehmenden wurden in Einrichtungen rekrutiert, die Sprachkurse oder andere psychosoziale Services anbieten. Möglicherweise unterscheiden sich Geflüchtete, welche solche Angebote nicht in Anspruch nehmen hinsichtlich der Ausprägungen protektiver Faktoren sowie der Psychopathologie. Dies ist dem systematischen Review zu Geflüchteten in Deutschland von Hajak und Kolleg*innen (2020) zu Folge plausibel. Zukünftige Forschung sollte daher darin bestrebt sein, auch Teilnehmende zu gewinnen, welche keine psychosozialen Angebote in Anspruch nehmen.

Auch die Operationalisierung der Resilienz wird den Partikularitäten dieses Konstrukts in arabischen Kulturen womöglich nicht gerecht (Panter-Brick & Eggerman, 2012). Die Konzeption der Resilienz ist möglicherweise kulturspezifisch. Zwar konnten gute psychometrische Eigenschaften des CD-RISC in vergangenen Studien (Davidson, 2020) gezeigt werden und auch in der vorliegenden Studie war die

interne Konsistenz exzellent, dennoch argumentierten manche Autor*innen wie Siriwardhana und Kolleg*innen (2014), dass das Konstrukt der Resilienz für spezifische Kulturen individuell konzeptualisiert werden sollte. Analog dazu konnten Panter-Brick und Eggerman (2012) zeigen, dass in Muslimen Kulturen Familienzusammenhalt und Gemeinschaft im Zentrum des Verständnisses von Resilienz stehen. Auch das Wahren der eigenen Kultur und ein ausgeprägter Kohärenzsinn könnten den Autor*innen zu Folge ein wichtiger Baustein der Resilienz sein. Eine kulturspezifische Resilienz-Skala für den arabischen Raum wurde meines Wissens jedoch noch nicht entwickelt, könnte aber dazu beitragen, den Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Gesundheit von syrischen Geflüchteten besser zu verstehen.

Zu guter Letzt muss betont werden, dass die querschnittliche Erhebung der Daten mit gewissen Einschränkungen kommt. So kann das retrospektive Erfragen von psychischem Befinden durch Erinnerungseffekte, Stereotype oder fortgeschrittene Verarbeitung des Erlebten verzerrt werden (Conner & Lehman, 2012). Studiendesigns wie *Ecological Momentary Assessments* (EMA), die Bias dieser Art zu vermeiden suchen, sind bislang in Populationen von Geflüchteten selten. Eine Teilstudie des übergeordneten Forschungsprojekts (MHAS) mit diesem Design läuft allerdings zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit an.

4.6 Implikationen und Fazit

Die vorliegende Arbeit ermöglicht einen Einblick in die psychische Gesundheit syrischer Geflüchteter in Österreich und untersuchte Faktoren, die diese möglicherweise beeinflussen. Die Ergebnisse legen analog zu früheren Studien (Nguyen et al., 2022) nahe, dass diese Personengruppe erheblich psychisch belastet ist. Zudem konnte konträr zum bisherigen Forschungsstand (Ameen & Cinkara, 2018; Skalisky et al., 2022) eine hohe durchschnittliche Resilienz festgestellt werden.

Die vergleichsweise hohe Resilienz der Stichprobe könnte auf die ebenfalls hohe durchschnittliche Bildung der Teilnehmenden zurückgeführt werden. Analog zu Guichard (2020) geht die Selbst-Selektion syrischer Geflüchteter in Österreich möglicherweise über Bildung hinaus und schließt auch die Resilienz mit ein. Mögliche weitere Erklärungen für die Theorie der Selbst-Selektion wie ein ausgeprägteres Durchhaltevermögen (Walther et al., 2021) oder mehr finanzielle Ressourcen (Al-diraidi et al., 2020) konnten in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden. Für ein besseres Verständnis der Resilienz von Geflüchteten, sollten weitere Studien

folgen. Weiters nicht außer Acht gelassen werden, darf die mögliche Kultur-Spezifität der Resilienz. Zukünftige Studien sollten sich der Frage widmen, was Resilienz in arabischen Kulturen ausmacht und ob sich diese Konzeption von den geläufigen Instrumenten die des CD-RISC unterscheidet.

Die Resilienz von syrischen Geflüchteten war positiv mit allgemeiner psychischer Gesundheit und negativ mit Psychopathologie assoziiert. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung der Resilienz als protektiven Faktor auch in einem Flucht-kontext. Die Effektstärken der Resilienz auf allgemeine psychische Gesundheit sowie depressive-, Angst- und PTBS-Symptomatik waren jedoch durchwegs klein.

Syrische Geflüchtete in Österreich berichteten im Schnitt von einem geringen Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung. Dies ist jedoch möglicherweise darauf zurückzuführen, dass lediglich die Unterstützung durch die Familie im Asylprozess erfragt wurde. Die überwiegende Mehrheit der Befragten waren jedoch ohne ihre Familie nach Österreich geflohen. Zudem könnte die Kommunikation über Schwierigkeiten, die für den Erhalt von Unterstützung notwendig ist, nicht nur aufgrund der schlechten Erreichbarkeit, sondern auch durch Stolz und hohe Erwartungen von Seiten der Familie erschwert sein (Spaas et al., 2022).

Die wahrgenommene soziale Unterstützung konnte in dieser Studie entgegen früherer Forschung (Siriwardhana., 2014) nicht als protektiver Faktor für psychische Gesundheit identifiziert werden und stand auch nicht im Zusammenhang mit der Resilienz. Dies kann an der Art der Erhebung des Konstruktes liegen. Zukünftige Studien sollten soziale Unterstützung durch verschiedene soziale Netzwerke und in verschiedenen Situationen erheben, um so ein besseres Verständnis der Relevanz für Geflüchtete zu erlangen. Da Geflüchtete häufig ohne Familie nach Österreich kommen, ist es in erster Linie relevant zu untersuchen, ob familiäre soziale Unterstützung einen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, wenn die geflüchtete Person mit seiner*ihrer Familie im Aufnahmeland ist.

Zusätzlich geht aus der vorliegenden Arbeit hervor, dass die Wahrnehmung eines geringeren sozialen Status in Österreich im Vergleich zu vor der Flucht mit einer schlechteren psychischen Gesundheit der Befragten Syrer*innen zusammenhängt. Der soziale Status fungiert dabei möglicherweise als Proxy für das Eingebundensein in ein oder mehrere soziale Netzwerke, was als wichtige Voraussetzung für das Erfahren von sozialer Unterstützung gesehen werden kann (de Lima Sa et al., 2022). Dieses Ergebnis stellt die Frage in den Raum, ob soziale Unterstützung durch

andere Netzwerke und insbesondere durch die autochthone Bevölkerung positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert sein könnte.

Insgesamt ergibt sich somit ein Bild syrischer Geflüchteter in Österreich als stark belastete Personengruppe. Die Resilienz der Stichprobe war jedoch verglichen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung erhöht. Das Ausmaß der Resilienz stand dabei in einem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Die wahrgenommene familiäre soziale Unterstützung hingegen konnte nicht in einen Zusammenhang mit Psychopathologie gebracht werden. Die Ergebnisse dieser Masterarbeit legen jedoch auch nahe, dass es weiterer Forschung bedarf, welche die Kultur-Spezifität protektiver Faktoren sowie deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit berücksichtigt.

Literaturverzeichnis

- Alduraiddi, H., Dardas, L. A., & Price, M. M. (2020). Social determinants of resilience among Syrian refugees in Jordan. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(8), 31–38. <https://doi.org/10.3928/00989134-20200624-04>
- Ameen F.R., & Cinkara, E. (2018). The impact of language learning on internally displaced and refugee resilience. *European Journal of Educational Research*, 7(3), 529–538. <https://doi.org/10.12973/eu-jer.7.3.529>
- American Psychiatric Association (2022, November). What is posttraumatic stress disorder (PTSD)? <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- Bauriedl-Schmidt, C., Jobst, A., Gander, M., Seidl, E., Sabaß, L., Sarubin, N., Mauer, C., Padberg, F., & Buchheim, A. (2017). Attachment representations, patterns of emotion regulation, and social exclusion in patients with chronic and episodic depression and healthy controls. *Journal of affective disorders*, 210, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.030>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* (1982), 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasingha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Böge, K., Karnouk, C., Hahn, E., Demir, Z., & Bajbouj, M. (2020). On perceived stress and social support: Depressive, anxiety and trauma-related symptoms in Arabic-speaking refugees in Jordan and Germany. *Frontiers in public health*, 8, 239.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00239>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Bundesministerium für Inneres (2022). *Asyl-Statistik 2022*. https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asylstatistik_Jahresstatistik_2022.pdf
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o. D.). *Flucht und Migration*. <https://www.bmz.de/de/themen/flucht/fachbegriffe#lexicon=21868>
- Cal, S. F., Sá, L. R. de, Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2(1), 1024928.
<https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>

- Conner, T. S., & Lehman, B. J. (2012). Getting started: Launching a study in daily life. In M. R. Mehl & T. S. Conner (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life* (pp. 89–107). The Guilford Press.
- Davidson J. R. T. (2020) *Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual* [Unpublished manuscript]. http://www.connordavidson-resiliencescale.com/aRISC%20Manual%2001-01-20_F.pdf
- de Lima Sa, F. H., Waikamp, V., Freitas, L. H. M., & Baeza, F. L. C. (2022). Mental health outcomes in Syrian refugees: A systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 68(5), 933–953. <https://doi.org/10.1177/00207640221099404>
- Denckla, C. A., Cicchetti, D., Kubzansky, L. D., Seedat, S., Teicher, M. H., Williams, D. R., & Koenen, K. C. (2020). Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1822064. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1822064>
- Denckla, C. A., Consedine, N. S., Spies, G., Cherner, M., Henderson, D. C., Koenen, K. C., & Seedat, S. (2017). Associations between neurocognitive functioning and social and occupational resilience among South African women exposed to childhood trauma. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1394146. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1394146>
- Eller, M. (2006). *Soziale Netzwerke und der Gesundheitszustand von Typ 2 Diabetikern und Nicht-Diabetikern unter Längsschitt-Betrachtung - Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Fall-Kontroll-Studie*. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Goldberg, D., & Williams, P. (1969). GHQ, General Health Questionnaire (PSYNDEX Tests Info). <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=pskm&NEWS=N&AN=9002042>
- Guichard, L. (2020). Self-selection of asylum seekers: Evidence from Germany. *Demography*, 57(3), 1089–1116. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00873-9>
- Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, 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/fpsy.2021.643704>
- 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(2), 129-141. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000044>
- Henkelmann, J.-R., Best, S. de, Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 6(4), e68. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>
- Hoher Flüchtlingskommissar der vereinten Nationen (2019). *Flüchtlinge, Asylsuchende und MigrantInnen – Was sind die Unterschiede?* https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2019/06/Karten_AUT_2019-1.pdf
- Hoher Flüchtlingskommissar der vereinten Nationen (2022). *Global trends. Forced displacement in 2021*. <https://www.unhcr.org/fr-fr/en/media/global-trends-report-2021>
- Hoher Flüchtlingskommissar der vereinten Nationen (2023a). *Global trends. Forced displacement in 2022*. <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>

- Hoher Flüchtlingskommissar der vereinten Nationen (2023b, 14. März). *Syria refugee crisis Explained*. <https://www.unrefugees.org/news/syria-refugee-crisis-explained/>
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.). (2020). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., vollst. überarb. Aufl. 2020). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- IBM Corp. (2021). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 28.0) [Software]. <https://www.ibm.com/de-de/products/spss-statistics>
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2024). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Jannesari, S., Hatch, S., Prina, M., & Oram, S. (2020). Post-migration social-environmental factors associated with mental health problems among asylum seekers: A systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 22(5), 1055–1064. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01025-2>
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
- Kakaje, A., Al Zohbi, R., Hosam Aldeen, O., Makki, L., Alyousbashi, A., & Alhaffar, M. B. A. (2021). Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: A nationwide crisis. *BMC psychiatry*, 21(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03002-3>
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Enke.
- Khawaja, N. G., White, K. M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and coping strategies of Sudanese refugees: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry*, 45(3), 489–512. <https://doi.org/10.1177/1363461508094678>

- Kira, I. A., Aljakoub, J., Al Ibraheem, B., & Shuwiekh, H. A. M. (2022). Are torture survivors more resilient and develop higher PTG, than nontortured refugees? The role of will to exist, live, and survive: A replication and extension. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1037/pac0000639>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Röthke, N., Staginnus, M., Schäfer, S. K., Stoffers-Winterling, J., & Lieb, K. (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence. *International journal of nursing studies*, 134, 104312. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104312>
- Lyssenko, L., Rottmann, N., & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1067–1072. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1127-7>
- Maercker, A. (2009). Symptome, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl., S. 14–32). Springer.
- Maercker, A. (2019). *Traumafolgestörungen* (5. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>
- Mesa-Vieira, C., Haas, A. D., Buitrago-Garcia, D., Roa-Diaz, Z. M., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Gomez, D., Lewis, M., Gonzalez-Jaramillo, W. C., Pahud de Mortanges, A., Buttia, C., Muka, T., Trujillo, N., & Franco, O. H. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 7(5), e469–e481. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5)

- 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(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03664-7>
- Noam, G. (1997). Clinical-developmental psychology: Toward developmentally differentiated intervention. In W. Damon, J. Sigel, & K. A. Renninger (Hrsg.), *Handbook of child psychology* (5. Aufl., S. 151–191). Wiley.
- Oakley, L. D., Kuo, W.-C., Kowalkowski, J. A., & Park, W. (2021). Meta-Analysis of cultural influences in trauma exposure and PTSD prevalence rates. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 32(4), 412–424. <https://doi.org/10.1177/1043659621993909>
- Panter-Brick, C., & Eggerman, M. (2012). Understanding culture, resilience, and mental health: The production of hope. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 369–386). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_29
- Pavlacic, J. M., Buchanan, E. M., McCaslin, S. E., Schulenberg, S. E., & Young, J. N. (2022). A systematic review of posttraumatic stress and resilience trajectories: Identifying predictors for future treatment of veterans and service members. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(3), 266–275. <https://doi.org/10.1037/pro0000451>
- Posselt, M., Eaton, H., Ferguson, M., Keegan, D., & Procter, N. (2019). Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: A systematic review. *Health & social care in the community*, 27(4), 808–823. <https://doi.org/10.1111/hsc.12680>
- Potter, F., Zehb, M., Dohrmann, K., Müller-Bamouh, V., Rockstroh, B., & Crombach, A. (2023). "It is worth hanging in there" - Psychotherapeutic experiences shaping future

- motivation for outpatient psychotherapy with refugee clients in Germany. *BMC Psychiatry*, 23(1), 503–503. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05004-3>
- Rayes, D., Karnouk, C., Churbaji, D., Walther, L., & Bajbouj, M. (2021). Faith-based coping among Arabic-speaking refugees seeking mental health services in Berlin, Germany: An exploratory qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, 12, 595979. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.595979>
- Renner, A., Jäckle, D., Nagl, M., Hoffmann, R., Röhr, S., Jung, F., Grochtdreis, T., Dams, J., König, H.-H., Riedel-Heller, S., & Kersting, A. (2021). Predictors of psychological distress in Syrian refugees with posttraumatic stress in Germany. *PloS one*, 16(8), e0254406. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254406>
- Riza, E., Karnaki, P., Gil-Salmerón, A., Zota, K., Ho, M., Petropoulou, M., Katsas, K., Garcés-Ferrer, J., & Linos, A. (2020). Determinants of refugee and migrant health status in 10 European countries: The Mig-HealthCare Project. *International journal of environmental research and public health*, 17(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph17176353>
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (Eds.). (1990). *Social support: An interactional view*. John Wiley & Sons.
- Schibalski, J. V., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Vetter, S., Rodgers, S., Oexle, N., Corrigan, P. W., Rössler, W., & Rüsch, N. (2017). Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels. *Comprehensive psychiatry*, 74, 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.001>
- Skalisky, J., Wanner, S., Howe, B., & Mauseth, K. (2022). Religious coping, resilience, and involuntary displacement: A mixed-methods analysis of the experience of Syrian and Palestinian refugees in Jordan. *Psychology of Religion and Spirituality*, 14(4), 539–547. <https://doi.org/10.1037/rel0000390>

- Spaas, C., Verelst, A., Devlieger, I., Aalto, S., Andersen, A. J., Durbeej, N., ... De Haene, L. (2022). Mental health of refugee and non-refugee migrant young people in European secondary education: The role of family separation, daily material stress and perceived discrimination in resettlement. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(5), 848–870. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01515-y>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Suarez, E. B. (2013). Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child abuse & neglect*, 37(2-3), 200–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.011>
- Sulaiman-Hill, C., & Thompson, S. C. (2011). Sampling challenges in a study examining refugee resettlement. *BMC International Health and Human Rights*, 11, 2. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-11-2>
- Universität Wien. (o. D.) *Targeting the mental health of asylum seekers in Austria*. [https://ucris.univie.ac.at/portal/de/projects/targeting-the-mental-health-of-asylum-seekers-in-austria\(b9627c11-3c50-4ff7-8fe4-19eb8f56151a\).html](https://ucris.univie.ac.at/portal/de/projects/targeting-the-mental-health-of-asylum-seekers-in-austria(b9627c11-3c50-4ff7-8fe4-19eb8f56151a).html)
- Velickovic, K., Rahm Hallberg, I., Axelsson, U., Borrebaeck, C. A. K., Rydén, L., Johnsson, P., & Månsson, J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a non-clinical population in Sweden. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01383-3>
- Von Arcosy, C., Padilha, M., Mello, G. L., Vilete, L., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Serpa, O. D., & Berger, W. (2023). A bright side of adversity? A systematic review on posttraumatic growth among refugees. *Stress and health : journal of the International Society*

for the Investigation of Stress. Vorab-Onlinepublikation.

<https://doi.org/10.1002/smi.3242>

Walther, L., Amann, J., Flick, U., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., & Hahn, E. (2021). A qualitative study on resilience in adult refugees in Germany. *BMC public health*, 21(1), 828.

<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10817-6>

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013).

The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsdchecklist.asp>

Weise, C., Grupp, F., Reese, J. P., Schade-Brittinger, C., Ehring, T., Morina, N., Stangier, U., Steil, R., Johow, J., & Mewes, R. (2021). *Efficacy of a low-threshold, culturally-Sensitive group psychoeducation programme for asylum seekers (LoPe): Study protocol for a multicentre randomised controlled trial*. *BMJ Open*, 11(10), [e047385].

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047385>

World Health Organization (2022, 17. Juni). *Mental Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization (2024a). *6B40 Post traumatic stress disorder*.

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808>

World Health Organization (2024b). *Depressive disorders*. [https://icd.who.int/browse/2024-](https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1563440232)

[01/mms/en#1563440232](https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1563440232)

World Health Organization (2024c). *Anxiety or fear-related disorders*.

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1336943699>

World Health Organization (2024d). *6B00 Generalised anxiety disorder*.

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1712535455>

- Zalta, A. K., Tirone, V., Orlowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(1), 33–54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>
- Ziaian, T., Anstiss, H. de, Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 2012, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2012/485956>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Soziodemographische Daten.....	24
Tabelle 2 Ausprägungen protektiver Faktoren und Psychopathologie.....	28
Tabelle 3 t-Test bei einer Stichprobe zu Unterschieden in der Resilienz zwischen syrischen Geflüchteten und der Allgemeinbevölkerung.....	31
Tabelle 4 MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und allgemeiner psychischer Gesundheit.....	32
Tabelle 5 MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und depressiver Symptomatik.....	33
Tabelle 6 MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und Angstsymptomatik.....	34
Tabelle 7 MLR zum Zusammenhang zwischen Resilienz und PTBS-Symptomatik.....	35
Tabelle 8 MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und allgemeiner psychischer Gesundheit.....	37
Tabelle 9 MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik.....	38
Tabelle 10 MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Angstsymptomatik.....	39
Tabelle 11 MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik.....	40
Tabelle 12 MLR zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz.....	41

Anhang A

Deutscher Abstract

Kriege, Naturkatastrophen oder Verfolgung zwingen immer mehr Menschen dazu, ihre Heimat zu verlassen. Mit dem Beginn des syrischen Bürgerkriegs 2011 entstand die größte Fluchtbewegung der vergangenen 15 Jahre. Bis heute machen Syrer*innen 20 % aller Geflüchteten weltweit aus. Dabei sind diese Menschen nicht nur vor der Flucht, sondern auch währenddessen und danach erheblichen Stressoren wie Ungewissheit, Trennung von der Familie oder Diskriminierung ausgesetzt. Eine Fluchterfahrung hat somit weitreichende Konsequenzen für die psychische Gesundheit. Mit gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Prävalenzen für Depression, Angststörungen und PTBS und erheblichen Hürden bei der Inanspruchnahme von psychologisch/ psychotherapeutischer Behandlung, sind protektive Faktoren wie Resilienz und wahrgenommene soziale Unterstützung von großer Bedeutung. Die vorliegende Masterarbeit untersuchte aus diesem Grund den Zusammenhang zwischen den beiden protektiven Faktoren und allgemeiner psychischer Gesundheit, depressiver-, Angst-, und PTBS-Symptomatik bei syrischen Geflüchteten in Österreich in einer querschnittlichen quantitativen Erhebung. Die Ergebnisse zeigten eine starke psychische Belastung sowie geringe wahrgenommene soziale Unterstützung bei den untersuchten Syrer*innen. Die Resilienz war hingegen signifikant ausgeprägter als in der Allgemeinbevölkerung. Während für die Resilienz ein positiver Zusammenhang mit allgemeiner psychischer Gesundheit und ein negativer Zusammenhang mit Depression, Angst und PTBS gezeigt werden konnte, konnte ein solcher Zusammenhang für die wahrgenommene soziale Unterstützung nicht festgestellt werden. Zudem konnte kein Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz gefunden werden. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass Resilienz und soziale Unterstützung bei syrischen Geflüchteten in Österreich nur bedingt mit psychischer Gesundheit assoziiert sind und unterstreichen die Kultur-Spezifität protektiver Faktoren.

Englischer Abstract

Wars, natural disasters, and persecution are forcing more and more people to leave their homes. With the start of the Syrian civil war in 2011, the largest refugee movement of the past 15 years began. To date, Syrians account for 20 % of all refugees worldwide. These people are not only exposed to considerable stressors before their flight but also experience stressors during and after their flight such as uncertainty, separation from their families and discrimination. Flight experience therefore can have far-reaching consequences for mental health. With significantly higher prevalence rates of depression, anxiety disorders and PTSD compared to the general population and considerable barriers to seeking psychological/psychotherapeutic treatment, protective factors such as resilience and perceived social support are of great importance. For this reason, this master's thesis used questionnaires to investigate the relationship between the two protective factors and general mental health, depressive, anxiety and PTSD symptoms among Syrian refugees in Austria. The results show a high level of psychological stress and low perceived social support. Resilience, on the other hand, was significantly more pronounced than in the general population. While a positive correlation was shown for resilience with general mental health and a negative association with depression, anxiety, and PTSD, no such association was found for perceived social support. Furthermore, no association was found between perceived social support and resilience. The results indicate that resilience and social support are only partially associated with mental health among Syrian refugees in Austria and emphasize the cultural specificity of protective factors.

Anhang B

Post-hoc Analysen

Tabelle B1

Pearson Korrelation zwischen Alter und Resilienz-Werten

Imputations- nummer		Alter in Jahren		CD-RISC Gesamtscore
Pooled	Alter in Jahren	Pearson Correlation	1	-0.094
		p (2-tailed)		0.248
		N	153	153
	CD-RISC Gesamt- score	Pearson Correlation	-0.094	1
		p (2-tailed)	0.248	
		N	153	153

Tabelle B2

t-Test zu Unterschieden zwischen den Resilienz-Werten der Teilnehmenden und jenen syrischer Geflüchteter in Jordanien

		Test Value = 63.40						
Imputations- nummer		<i>t</i>	<i>df</i>	Significance		Mean Dif- ference	95% Confidence In- terval of the Differ- ence	
				One- Sided <i>p</i>	Two- Sided <i>p</i>		Lower	Upper
Original daten	CD-RISC Gesamt- score	4.210	152	0.000	0.000	6.43007	3.4128	9.4473
5	CD-RISC Gesamt- score	5.577	152	0.000	0.000	8.03791	5.1904	10.8854
Pooled	CD-RISC Gesamt- score					7.97778		