



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Präferenzen und Barrieren: bevorzugte Quellen der
Unterstützung von syrischen Geflüchteten in Österreich unter
Berücksichtigung kultureller und religiöser Einflussfaktoren

verfasst von | submitted by
Lena Hölbling BSc

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

Wien | Vienna, 2025

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.

Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1	Begriffsbestimmung.....	5
2.2	Psychosoziale Belastungsfaktoren im Fluchtprozess.....	6
2.3	Psychische Gesundheit von Geflüchteten.....	7
2.4	Hilfesuchverhalten von Geflüchteten	8
2.5	Strukturelle Einflussfaktoren auf die Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen	13
2.6	Kulturelle und soziale Einflussfaktoren auf die Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen	14
2.7	Religiöse Einflussfaktoren auf die Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen	20
2.8	Relevanz und Ziel der Masterarbeit.....	25
3	Methode	28
3.1	Untersuchungsdesign	28
3.2	Zielgruppe	28
3.3	Vorgehen.....	29
3.4	Messinstrumente	30
3.5	Statistische Auswertung.....	35
3.6	Stichprobenbeschreibung.....	37
4	Ergebnisse	40
4.1	Deskriptive und explorative Analysen.....	40
4.2	Fragestellung 1.....	43
4.3	Fragestellung 2.....	46
4.4	Fragestellung 3.....	48
5	Diskussion.....	50

5.5	Limitationen.....	61
5.6	Praktische Implikationen	63
5.7	Zukünftige Forschung.....	65
5.8	Conclusio	66
6	Literaturverzeichnis	68
7	Tabellenverzeichnis	85
8	Abbildungsverzeichnis.....	85
9	Anhang.....	86

1 Einleitung

Der Global Trends Report des United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2024^a) verzeichnete im Jahr 2023 weltweit 117.3 Millionen Menschen, die aufgrund von Verfolgung, Konflikten, Gewalt oder Naturkatastrophen gezwungen waren ihre Heimat zu verlassen. Dies stellt die höchste Zahl an geflüchteten Menschen innerhalb eines Jahres dar, die der UNHCR bislang dokumentiert hat. In Anbetracht des fortschreitenden Klimawandels und der damit einhergehenden, sich verschärfenden Ressourcenknappheit sowie der Zunahme politischer Instabilität und kriegesischer Konflikte ist davon auszugehen, dass die Zahl der Geflüchteten weiter ansteigen wird (UNHCR, 2024^a). Dies stellt nicht nur die unmittelbar von den Krisen Betroffenen vor außerordentliche Herausforderungen, sondern auch die Länder, in denen die Betroffenen Schutz suchen, insbesondere im Hinblick auf die Bereitstellung angemessener Unterstützung (Heidinger, 2024; Kristen, 2024). Europäische Länder dienen vielen als Zufluchtsort, darunter auch einer erheblichen Anzahl an Menschen aus Syrien, die mit mittlerweile 13.8 Millionen Geflüchteten eine der größten Geflüchtetengruppen weltweit darstellen (UNHCR, 2024^a). Die Flucht aus Syrien ist auf den seit 2011 andauernden Bürgerkrieg zurückzuführen, der das Land in eine humanitäre Krise gestürzt hat. Gewalt, Instabilität, wirtschaftlicher Zusammenbruch und der Verlust einer grundlegenden Infrastruktur haben das Leben dort für viele Menschen unzumutbar gemacht (UNHCR, 2024^b). Angesichts dieser Umstände suchen zahlreiche Geflüchtete aus Syrien Schutz in Europa, nachdem die meist überfüllten und unterversorgten Flüchtlingslager in den Nachbarländern wie Jordanien und dem Libanon keine langfristige Perspektive bieten können. Auch Österreich verzeichnet eine hohe Zahl an Asylanträgen, wobei syrische Geflüchtete mit 21409 Anträgen die größte Gruppe bilden (BMI, 2024).

Die gesamte Fluchterfahrung ist in den meisten Fällen von gravierenden Stressoren geprägt. Vor der Flucht (Prämigration) sind die Menschen häufig kriegsbedingten traumatischen Erlebnissen ausgesetzt (Blackmore et al., 2020; Kohlenberger, 2019). Auf der Fluchtroute (Perimigration) kommt es zusätzlich zu erheblichen körperlichen und emotionalen Belastungen (Kohlenberger, 2019). Im Zielland angekommen (Postmigration), sehen sich die Menschen mit weiteren Herausforderungen konfrontiert, die aus der Begegnung mit einer neuen Kultur, einer fremden Sprache, einem meist fehlenden sozialen Netzwerk sowie der Verarbeitung des Erlebten resultieren (Hassan et al., 2016; Hou et al., 2020). Diese Belastungsfaktoren führen häufig zu enormen psychischen Beschwerden und können die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigen (Keller & Hajji, 2021).

Dementsprechend weisen Forschungsergebnisse auf eine hohe Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und somatoformen Störungen in dieser Population hin (Nesterko et al., 2019). Trotz eines hohen Bedarfs zeigt sich in den Ankunftsändern nur eine geringe Inanspruchnahme psychosozialer Beratung und Behandlung (Harris et al., 2021). Gründe hierfür sind die Sprachbarriere, mangelndes Wissen sowie negative Einstellungen gegenüber psychologischen Behandlungsmöglichkeiten und vor allem fehlende kultursensitive Therapieangebote (Byrow et al., 2020; Jannesari et al., 2021). Um die Diskrepanz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme von Hilfsleistungen zu überwinden, ist es notwendig, die spezifischen Bedürfnisse und Präferenzen syrischer Geflüchteter bezüglich der Art der Unterstützung besser zu verstehen. Unterschiedliche Kulturen haben verschiedene Auffassungen von Gesundheit, Krankheit und Heilung (Schlehe, 2006), was dazu führt, dass auch unterschiedliche Quellen der Unterstützung als hilfreich erachtet werden, insbesondere wenn es sich um psychische Erkrankungen handelt (Grupp et al., 2019; Helman, 2001). Als Teil der arabischen Welt sind syrische Menschen primär von der arabischen Kultur geprägt (Al-Dousari & Prior, 2020). Hier werden psychische Erkrankungen häufig stark stigmatisiert und zum Teil auf religiöse Ursachen zurückgeführt (Al-Laham et al., 2020; Zolezzi et al., 2018). Dies hat Auswirkungen darauf, welche Art von Hilfe bevorzugt aufgesucht wird (Al-Ali et al., 2017; Hassan et al., 2016). Beispielsweise kann es die Hinwendung zu eher informeller Hilfe begünstigen, wie familiäre oder religiöse Beratung und der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung eher entgegenwirken.

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit den Präferenzen syrischer Personen mit Fluchterfahrung hinsichtlich der Inanspruchnahme psychischer Unterstützung. Darüber hinaus sollen kulturell-religiöse Überzeugungen und soziale Normen untersucht werden, die diese Präferenzen beeinflussen könnten. Die physische und psychische Gesundheit stellt eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration dar (Kristen, 2024). Dahingehend sind die gewonnenen Erkenntnisse dieser Arbeit von großer Bedeutung, da sie dazu beitragen können in Österreich Unterstützungsangebote zu schaffen, die sowohl die spezifischen Erfahrungen dieser Personengruppe berücksichtigen als auch den kulturell bedingten Bedürfnissen gerecht werden. Dadurch kann die Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Hilfe gefördert und dem psychischen Leid vieler syrischer Geflüchteter entgegengewirkt werden.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffsbestimmung

Da für Menschen mit Fluchthintergrund die Begriffe *Migrant*innen*, *Asylsuchende*, *Flüchtlinge* und *Geflüchtete*, vor allem umgangssprachlich aber auch in der Forschungsliteratur häufig synonym verwendet werden, ist es wichtig zunächst eine terminologische Klarheit für die vorliegende Arbeit zu schaffen. Mit diesen Bezeichnungen gehen nämlich verschiedene Rechte und damit zum Teil auch unterschiedliche Herausforderungen einher (UNHCR, 2017)

Als Migrant*innen bezeichnet man Menschen, die freiwillig ihre Heimat verlassen, um in einem anderen Land zu leben (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [BMZ], 2024). Gründe hierfür können die Verbesserung der Arbeitschancen und der allgemeinen Lebensbedingungen jedoch auch große Armut, Hunger- und Naturkatastrophen sein. Diese Personengruppe ist jedoch klar von Flüchtlingen zu unterscheiden:

Flüchtling ist die Bezeichnung für jene Menschen, die ihr Herkunftsland aufgrund von Verfolgung oder Furcht vor Verfolgung verlassen mussten. Um festzustellen, ob jemand Schutz vor Verfolgung braucht, gibt es in Österreich das Asylverfahren. Wird eine Person als Flüchtling anerkannt, ist Österreich durch internationale Abkommen verpflichtet, dieser Person Schutz zu gewähren (UNHCR, 2017, S. 4).

Mit Verfolgung ist hier explizit die Verfolgung aufgrund der eigenen Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder der politischen Überzeugung gemeint (BMZ, 2024).

Asylsuchende hingegen sind Menschen, die sich noch im Asylverfahren befinden und demnach noch keinen Flüchtlingsstatus erhalten haben (Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl [BFA], 2024a). Bis zum Abschluss des Verfahrens sind diese Personen jedoch dazu berechtigt, sich in Österreich aufzuhalten und genießen einen Abschiebeschutz.

Zusätzlich gibt es noch die Möglichkeit einen subsidiären Schutz zu erhalten, der mit einem Aufenthaltsrecht im Zielland einhergeht (BMZ, 2024). Dies gilt für Personen, die zwar keinen Anspruch auf Asyl geltend machen können, jedoch aus Krisengebieten stammen und deren Leben ernsthaft bedroht ist. In Österreich unterliegen subsidiär Schutzberechtigte im

Vergleich zu Flüchtlingen bestimmten Einschränkungen hinsichtlich des Zugangs zu Sozialleistungen und der Familienzusammenführung (UNHCR, 2017).

Da diese Arbeit (syrische) Personen mit Fluchterfahrung, unabhängig vom jeweiligen rechtlichen Status untersucht, wird im Folgenden einheitlich von Geflüchteten gesprochen. Dieser Begriff stellt hier eine übergeordnete Bezeichnung dar, die alle Personen mit Fluchterfahrung umfasst. Dies schließt sowohl Asylberechtigte als auch Asylsuchende und Personen mit subsidiärem Schutz ein.

2.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren im Fluchtprozess

Die Zeit vor, während und nach der Flucht ist in vielen Fällen durch eine Kumulation von erheblichen Stressfaktoren gekennzeichnet, was bei Betroffenen zu einer enormen psychischen Belastung führen kann und das Entstehen psychischer Erkrankungen begünstigt (Keller & Hajji, 2021). In der Literatur wird der Fluchtprozess häufig in drei Phasen eingeteilt: *Prä-*, *Peri-* und *Postmigration* (Chen et al., 2017; Gleeson et al., 2020; Nesterko et al., 2020). Die Prämigrationsphase bezieht sich auf die Zeit vor der Flucht und ist vielfach geprägt von Verfolgung, physischer und/oder sexueller Gewalt, Folter, Mangel an Grundversorgungsmitteln und einem sicheren Unterschlupf sowie dem Tod von nahen Angehörigen (Hassan et al., 2016; Nesterko et al., 2020). Auch während der Flucht (Perimigration) sind die Menschen einigen Stressoren ausgesetzt, wie der Trennung von Familie, unsicheren Transportmitteln, gefährlichen Routen und körperlicher Verwundetheit (Nesterko et al., 2020). All diese Erfahrungen können höchst traumatisierend sein und stehen mit der Entwicklung psychischer Erkrankungen (Chen et al., 2017; Hou et al., 2020; Lindencrona et al., 2008), insbesondere posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen (Cantekin & Gençöz, 2017), in Zusammenhang. In der Postmigrationsphase, also in der Zeit nach der Ankunft im Zielland, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass zusätzliche Belastungsfaktoren auftreten, die sich sowohl auf materieller (finanzielle Schwierigkeiten, problematische Wohnverhältnisse, erschwelter Zugang zu Bildung, Arbeit und psychosozialer Unterstützung) als auch auf interpersoneller (Konflikte und Gewalt innerhalb der Familie, Verlust des unterstützenden sozialen Netzwerks, Diskriminierung) Ebene manifestieren (Hassan et al., 2016; Hou et al., 2020). Darüber hinaus werden von Geflüchteten ein langes Asylverfahren, die Sprachbarriere und soziale Isolation als besonders belastend wahrgenommen (Gleeson et al., 2020; Palmer & Ward, 2007). Das Auftreten dieser Probleme in der Postmigrationsphase kann die Auswirkungen früherer Traumata auf die

aktuelle psychische Gesundheit moderieren (Chen et al., 2017) und die bereits bestehende psychische Belastung von Geflüchteten verstärken (Li et al., 2016).

In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass Postmigrationsfaktoren sogar einen stärkeren negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Betroffenen haben als traumatische Erlebnisse vor der Flucht (Cantekin & Gençöz, 2017; Hou et al., 2020; Solberg et al., 2020). Dieser Befund legt nahe, dass psychosoziale Interventionen für Geflüchtete nicht allein auf Traumata und daraus resultierende psychische Erkrankungen fokussieren, sondern insbesondere während des Eingliederungsprozesses darauf abzielen sollten, Postmigrationsstressoren zu reduzieren. Unterstützungsangebote, die auf die Verringerung dieser täglichen Stressoren im Zielland abzielen oder eine Bewältigung dieser fördern, könnten wesentlich dazu beitragen, dass sich die psychische Gesundheit von Geflüchteten nicht weiter verschlechtert oder chronifiziert (Chen et al., 2017; Zehetmair et al., 2021).

2.3 Psychische Gesundheit von Geflüchteten

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (Cohrdes et al., 2022, S. 6, zitiert nach WHO, 2019). In Bezug auf Menschen mit Fluchterfahrung wäre die psychische Gesundheit somit eine notwendige Voraussetzung, um sich im Zielland ein neues Zuhause zu schaffen, indem sie sich an die neuen Lebensbedingungen anpassen, die Amtssprache lernen, ein neues soziales Netzwerk aufbauen und einer neuen beruflichen Tätigkeit nachgehen (Weigl & Gaiswinkler, 2019). Geflüchtete Menschen sind in vielen Fällen jedoch, wie im vorangegangenen Abschnitt dargelegt, mit einer Reihe an psychischen Herausforderungen konfrontiert. Diese Vielzahl an Belastungen manifestiert sich in emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Problemen und wird mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen assoziiert (Hajak et al., 2021; Hassan et al., 2016). In diesem Kontext wird insbesondere von posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen als häufig auftretende Erkrankungen berichtet (Acarturk et al., 2021; Nguyen et al., 2022; Nissen et al., 2021; Tinhög et al., 2017).

In der Forschungsliteratur wird darauf hingewiesen, dass die Prävalenzraten von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten einer enormen Spannweite unterliegen (Kien et al., 2018; Turrini et al., 2017). Diese reichten für die posttraumatische Belastungsstörung

(PTBS) und Depressionen in verschiedenen Studien von 10% bis hin zu über 30% (Blackmore et al., 2020; Bogic et al., 2015; Kien et al., 2018). Die Prävalenzschätzungen sind in diesem Bereich stark abhängig vom jeweiligen Herkunftsland und Zielland der untersuchten Personen sowie der Methodik der Studie, insbesondere den verwendeten Diagnose- und Messinstrumenten (Gleeson et al., 2020; Nissen et al., 2021). In Untersuchungen, die sich explizit mit syrischen Geflüchteten befassten, zeigten sich etwas höhere aber ebenfalls heterogene Prävalenzwerte, diese lagen zwischen 20% und 30% für PTBS, zwischen 31% und 45% für Depressionen sowie zwischen 30% und 40% für Angststörungen (Acarturk et al., 2021; Nguyen et al., 2022; Tinghög et al., 2017). Darüber hinaus konnte bei dieser Personengruppe eine hohe Komorbidität, das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr psychischen Erkrankungen, nachgewiesen werden (Acarturk et al., 2021; Tinghög et al., 2017). Trotz der starken Variabilität der Prävalenzschätzungen gibt es klare Belege dafür, dass Geflüchtete im Allgemeinen und speziell syrische Geflüchtete deutlich häufiger an Depressionen und PTBS erkranken als die Allgemeinbevölkerung (Blackmore et al., 2020; Giacco et al., 2018; Henkelmann et al., 2020; Hoell et al., 2021; Nissen et al., 2021). Hier liegen die Prävalenzwerte vergleichsweise bei 3.9% für PTBS (Koenen et al., 2017) und bei 5% für Depressionen (WHO, 2023).

Bleiben diese psychischen Beschwerden unbehandelt, erschwert dies die Integration und gesellschaftliche Teilhabe von Geflüchteten (Blackmore et al., 2020) und kann darüber hinaus das Zielland vor große wirtschaftliche Herausforderungen stellen (Riffer et al., 2018; Weigl & Gaiswinkler, 2019). Aus diesem Grund ist es besonders wichtig diese vulnerable Personengruppe nach ihrer Ankunft bestmöglich zu betreuen und mit entsprechenden Interventionsprogrammen zu unterstützen.

2.4 Hilfesuchverhalten von Geflüchteten

Die Kumulation an Stressfaktoren vor, während und nach der Flucht sowie die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten unterstreicht die Notwendigkeit, dass Betroffene geeignete Unterstützung in Anspruch nehmen und ihnen entsprechende Angebote niederschwellig zur Verfügung gestellt werden. Die Suche nach Hilfe aufgrund psychischer Belastung beschreibt „einen adaptiven Bewältigungsprozess, bei dem versucht wird, externe Unterstützung zu erhalten, um mit den eigenen psychischen Problemen umzugehen“ (Rickwood & Thomas, 2012, S. 180). In diesem Kontext kann zwischen formellen und informellen Quellen der Unterstützung unterschieden werden (Aguirre-Velasco et al., 2020;

Grinstein-Weiss et al., 2005; Slewa-Younan et al., 2017). Bei formellen Quellen handelt es sich um ausgebildetes Fachpersonal, das im Falle von psychisch belasteten Hilfesuchenden in einem beruflichen Rahmen professionelle psychosoziale Unterstützung und/oder Behandlung bereitstellt (Rickwood & Thomas, 2012). Dazu zählen beispielsweise Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen sowie Sozialarbeiter*innen (Al-Ali et al., 2017). Informelle Quellen beziehen sich hingegen sowohl auf das soziale Netzwerk der Betroffenen, welches Familienmitglieder, Partner*innen und Freund*innen inkludiert als auch auf religiöse Autoritäten und Selbsthilfegruppen (Byrow et al., 2020; Zehetmair et al., 2021).

Trotz der hohen Prävalenz an PTBS, Depressionen und Angststörungen bei Geflüchteten (Nesterko et al., 2020) und dem daraus resultierenden hohen Bedarf an professioneller psychosozialer Beratung und Behandlung, zeigt diese Population im Zielland nur eine geringe Hinwendung zu formellen Unterstützungsquellen (Fuhr et al., 2019; Harris et al., 2021; Kirmayr et al., 2011; Satinsky et al., 2019) und eine stärkere Hinwendung zu informellen Quellen der Unterstützung (Baltimore, 2023; Byrow et al., 2020; Markova et al., 2020). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Österreich (Kohlenberger et al., 2019) und Deutschland (Hajak et al., 2021; Schlechter et al., 2021), die, wie bereits erwähnt, eine deutlich geringere Prävalenz psychischer Erkrankungen aufweisen, nehmen Menschen mit Fluchterfahrung entweder nur gleich viel (Kohlenberger et al., 2019) oder sogar weniger professionelle psychologische Hilfe in Anspruch (Hajak et al., 2021; Schlechter et al., 2021).

2.4.1 Entstehung von Präferenzen für unterschiedliche Unterstützungsquellen

Die geringe Inanspruchnahme formeller psychologischer Gesundheitsdienste durch Geflüchtete lässt sich durch eine Auseinandersetzung mit den Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, erklären. Modelle wie die Theorie des geplanten Verhaltens (theory of planned behavior, TPB; Ajzen, 1985, 1991) liefern hierfür einen geeigneten theoretischen Rahmen (Angermayer et al., 2001). Ein Schaubild der Theorie des geplanten Verhaltens ist in Abbildung 1 dargestellt. Individuelle Einstellungen, kulturelle Überzeugungen, soziale Normen und wahrgenommene Barrieren stellen zentrale Faktoren bei der Wahl der Gesundheitsdienste dar (Scheppers et al., 2006) und werden in der TPB dargestellt.

Überzeugungen, die sich aus der Wahrnehmung einer Person ergeben, wie bedeutende Bezugspersonen oder -gruppen ein bestimmtes Verhalten bewerten und ob sie erwarten, dass dieses Verhalten gezeigt oder unterlassen werden soll (Ajzen 1991; Graf, 2007; Kan & Fabrigar, 2020). Subjektive Verhaltensnormen werden somit durch diese wahrgenommenen Bewertungen und durch die Bereitschaft der Person bestimmt, sich den Erwartungen der relevanten sozialen Gruppe anzupassen. Ebenso wie Einstellungen und subjektive Normen wird auch die wahrgenommene Kontrolle über das Verhalten durch Überzeugungen bestimmt (Kan & Fabrigar, 2020). Die sogenannten Kontrollüberzeugungen beziehen sich hierbei auf das Vorhandensein oder Fehlen erforderlicher Ressourcen und Möglichkeiten, um ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können (Ajzen 1991). Kontrollüberzeugungen basieren sowohl auf eigenen als auch auf indirekten Erfahrungen (z. B. durch Berichte oder Beobachtung anderer) mit einem Verhalten (Ajzen 1991; Kan & Fabrigar, 2020). Je mehr eine Person glaubt, über ausreichende Ressourcen und Möglichkeiten zu verfügen und nur wenige Barrieren überwinden zu müssen, desto stärker ist in der Regel die subjektiv wahrgenommene Kontrolle über das Verhalten.

Empirische Befunde stützen die theoretischen Annahmen der TPB (Ajzen, 2011; Godin & Kok, 1996) und die Anwendbarkeit auf die Inanspruchnahme von psychologischen Gesundheitsleistungen (Adams et al., 2022; Tomczyk et al., 2020; Widyatmiko & Surjaningrum, 2022). Somit lässt sich festhalten, dass positive Einstellungen, förderliche subjektive Normen sowie eine hohe Verhaltenskontrolle hinsichtlich der Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten zu einer stärkeren Intention führen, diese auch in Anspruch zu nehmen. Die Intention stellt zudem einen signifikanten Prädiktor für die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten dar (Tomczyk et al., 2020; Wilson, 2005).

Die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1991) bietet eine geeignete Grundlage, um den Einfluss von Präferenzen für bestimmte Unterstützungsquellen auf das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten verschiedener Gesundheitsdienste von Geflüchteten zu erklären. Im Rahmen des Modells lassen sich Präferenzen mit der Komponente der Verhaltensintention verknüpfen (Ajzen, 1985, 1991). Die Präferenz für eine bestimmte Unterstützungsquelle kann dabei als die Intention interpretiert werden, primär bei dieser Quelle und weniger bei alternativen Quellen Unterstützung zu suchen. Beispielsweise kann die Präferenz für informelle Quellen die Absicht widerspiegeln, Unterstützung eher von informellen als von formellen Quellen in Anspruch zu nehmen. Im Kontext der Theorie des geplanten Verhaltens werden Präferenzen maßgeblich von den individuellen Einstellungen gegenüber einem spezifischen Inanspruchnahmeverhalten geprägt (Ajzen, 1985, 1991;

Aloud, 2004; Widyatmiko & Surjaningrum, 2022). Die Bewertung der erwarteten Konsequenzen, die mit der Inanspruchnahme bestimmter Unterstützungsquellen assoziiert sind, bilden hierbei die Grundlage für die Entstehung der jeweiligen Einstellung. Werden negative Konsequenzen bei der Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Angebote erwartet, beispielsweise weil diese als gesellschaftlich wenig akzeptiert oder wenig hilfreich wahrgenommen werden, kann sich eine negative Einstellung gegenüber formeller Unterstützung entwickeln (Alhomaizi et al., 2018). In einigen Studien zeigten Menschen aus arabischen Ländern eine negative Einstellung gegenüber formellen Quellen der Unterstützung wie psychologischen Diensten (Al-Ali et al., 2017; El-Khatib et al., 2023; Schlechter et al., 2021), was sich negativ auf das Verhalten bei der Hilfesuche auswirken kann (Alhomaizi et al., 2018). Die Präferenzbildung unterliegt zudem kulturellen und sozialen Einflussfaktoren. Wie in der Theorie des geplanten Verhaltens dargestellt, werden Einstellungen und somit die Präferenzen von subjektiven Normen beeinflusst (Ajzen, 1985, 1991; Angermayer et al., 2001). Diese entstehen wiederum durch die subjektive Überzeugung, welche Formen von Unterstützung gesellschaftlich mehr oder weniger akzeptiert werden. In der arabischen Bevölkerung werden psychische Erkrankungen und damit einhergehende Behandlungen zum Teil stark stigmatisiert (Al-Krenawi & Graham, 2000; Al-Laham et al., 2020; Krstanoska-Blazeska et al., 2021; Zolezzi et al., 2018) und häufig mit religiösen Erklärungen in Verbindung gebracht (Al-Laham et al., 2020). Darüber hinaus nehmen in dieser Kultur die Meinungen und Erwartungen des sozialen Umfelds eine besonders wichtige Rolle ein (Al-Ali et al., 2017; Al-Dousari & Prior, 2020; Byrow et al., 2020; Nasir & Al-Qutob, 2005). Das Zusammenwirken dieser Faktoren könnte zu einer verstärkten Präferenz beitragen, sich informellen Bewältigungsstrategien zuzuwenden und formelle Unterstützungssysteme eher zu meiden. Zusätzlich wird die Entwicklung von Präferenzen durch strukturelle Faktoren beeinflusst, die im Rahmen der Theorie des geplanten Verhaltens der Komponente der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle zugeordnet werden können (Ajzen, 1985, 1991). Für Geflüchtete bestehen erhebliche Zugangsbarrieren zu professionellen Hilfsangeboten, beispielsweise aufgrund sprachlicher Hürden (Hajak et al., 2021; Salam et al., 2022; Satinsky et al., 2019) oder einer stark eingeschränkten Verfügbarkeit psychologischer Dienste, welche die spezifischen Bedürfnisse und die jeweilige Kultur von Geflüchteten berücksichtigen (Byrow et al., 2020; Kiselev et al., 2020; Salam et al., 2022; Zehetmair et al., 2021). Demgegenüber ist die Unterstützung durch das soziale Umfeld in der Regel leichter zugänglich (Al-Dousari & Prior, 2020; Al-Krenawi & Graham, 2000). Je mehr Barrieren Geflüchtete beim Aufsuchen formeller Hilfe überwinden

müssen, desto geringer ist die subjektiv wahrgenommene Verhaltenskontrolle (Ajzen 1991; Kan & Fabrigar, 2020), was sich wiederum negativ auf die Präferenz, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, auswirken kann.

Die Präferenzen für bestimmte Quellen der Unterstützung werden somit durch individuelle Einstellungen (erwartete Konsequenzen), subjektive Normen (Kultur, Religion, Stigma und soziales Umfeld) und die wahrgenommene Kontrolle (strukturelle Barrieren) hinsichtlich der Inanspruchnahme bestimmter Unterstützungsquellen beeinflusst und spiegeln sich letztlich in der Intention wider, bestimmte Unterstützungsquellen bevorzugt in Anspruch zu nehmen. Einige Studien, die arabisch-islamisch geprägte Menschen befragt haben, deuten darauf hin, dass die für diese Kultur typischen Einstellungen und Präferenzen einen negativen Einfluss auf die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote haben können (Alhomaizi et al., 2018; Weatherhead & Daiches, 2010; Youssef & Deane, 2006).

2.5 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen

Strukturelle Faktoren haben im Rahmen der TPB (Ajzen, 1985, 1991) einen erheblichen Einfluss auf die wahrgenommene Verhaltenskontrolle und können beträchtliche Barrieren beim Aufsuchen professioneller psychosozialer Dienste darstellen, die wiederum die Präferenz für bestimmte Unterstützungsquellen beeinflussen können.

In Österreich haben sowohl anerkannte Flüchtlinge als auch Asylsuchende und subsidiär Schutzberechtigte Zugang zu medizinischen Behandlungen in sämtlichen Bereichen, einschließlich psychologischen Diensten und Medikamenten (Kohlenberger et al., 2019). Die formale Möglichkeit diese Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, impliziert jedoch nicht, dass faktisch genügend (bedarfsgerecht) und an die Bedürfnisse dieser Population angepasste Hilfsangebote (bedürfnisgerecht) vorhanden sowie den Betroffenen bekannt sind (Weigl & Gaiswinkler, 2019; Zehetmair et al., 2021).

Ein Faktor, der die Suche nach und Inanspruchnahme von entsprechenden Unterstützungsangeboten enorm erschwert, ist die Sprachbarriere (Hajak et al., 2021; Salam et al., 2022; Satinsky et al., 2019). Geflüchtete berichteten in diesem Zusammenhang Angst davor zu haben, von Ärzt*innen missverstanden zu werden, da sie ihre Anliegen und Probleme nicht richtig kommunizieren können (Byrow et al., 2020). Dies erschwert wiederum den gesamten Diagnostikprozess und führt häufig dazu, dass psychische Erkrankungen falsch oder gar nicht diagnostiziert und infolgedessen nicht angemessen

behandelt werden (Kiselev et al., 2020; Priebe et al., 2016). Die Möglichkeit dolmetschergestützter Untersuchungen oder Behandlungen könnte dieser Hürde entgegenwirken (Byrow et al., 2020). Es gibt jedoch einen sehr starken Mangel an Dolmetscher*innen, die für diesen speziellen Bereich ausgebildet sind, weshalb eine solche Kommunikationshilfe in der Praxis nur selten Anwendung findet (Byrow et al., 2020; Satinsky et al., 2019; Van der Boor & White, 2020). Des Weiteren ist es für Geflüchtete meist sehr herausfordernd das unbekannte und komplexe Gesundheitssystem des Ziellandes zu verstehen und herauszufinden, wer als erste Anlaufstelle für psychische Leiden dient (Au et al., 2019; Fuhr et al., 2019; Pollard & Howard, 2021; Van der Boor & White, 2020). Zudem gibt es nur eine begrenzte Anzahl psychosozialer Angebote, die sowohl Postmigrationsstressoren adressieren als auch auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisiert sind (Kiselev et al., 2020; Salam et al., 2022; Zehetmair et al., 2021). Kohlenberger et al. (2019) untersuchten explizit die Barrieren in der Inanspruchnahme entsprechender Gesundheitsleistungen von Geflüchteten in Österreich. Am häufigsten wurden von den Studienteilnehmenden die langen Wartezeiten genannt. Diese betragen im Durchschnitt sechs bis zwölf Monate für Psychotherapie mit einer fachkundigen dolmetschenden Person. Als zweithäufigstes Hindernis wurde die schwierige Erreichbarkeit aufgrund der eingeschränkten finanziellen Mittel Geflüchteter für den öffentlichen Verkehr identifiziert.

Die Kumulation der genannten strukturellen Barrieren kann einerseits dazu beitragen, dass Geflüchtete eine schwache wahrgenommene Verhaltenskontrolle hinsichtlich des Aufsuchens von professioneller Unterstützung haben (Ajzen 1991; Kan & Fabrigar, 2020) und demnach eine stärkere Präferenz für die Hilfe von informellen Quellen der Unterstützung entwickeln. Andererseits können diese dazu führen, dass Geflüchtete ihre psychischen Probleme zunächst ignorieren oder darauf vertrauen, dass die Symptome ohne Behandlung von selbst abklingen (Kohlenberger, 2021). Dies geht jedoch häufig mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einher und kann dazu beitragen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen weiter ansteigt.

2.6 Kulturelle und soziale Einflussfaktoren auf die Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen

Kulturelle und soziale Faktoren prägen in der TPB (Ajzen, 1985, 1991) die Überzeugungen einer Person, welche Unterstützungsformen gesellschaftlich akzeptiert werden sowie das Ausmaß der Motivation einer Person, den gesellschaftlichen Normen zu

entsprechen. Die Überzeugung und die Motivation beeinflussen schließlich die subjektive Verhaltensnorm und demzufolge welche Unterstützungsquellen bevorzugt aufgesucht werden.

Kultur durchdringt alle Bereiche einer Gesellschaft (Reuter, 2004) und prägt damit ihre Werthaltungen, Glaubenssysteme, Traditionen und Verhaltensmuster (Sullivan, 2009; in Chaze et al., 2015). Darüber hinaus unterliegen auch die Gesundheitssysteme, Konzepte und Ursache-Wirkungsmechanismen von Gesundheit und Krankheit, Vorstellungen über Körper, Geist und Seele sowie die Bewertung von Menschen, die sich nicht gemäß sozialer Normen verhalten, kulturellen Einflussfaktoren (Schlehe, 2006). Besonders das Verständnis und die Wahrnehmung von und der Umgang mit psychischen Erkrankungen, einschließlich ob und welche Art von Hilfe Betroffene für psychische Leiden aufsuchen, kann sich je nach Kultur stark unterscheiden (Grupp et al., 2019; Helman, 2001). Empirische Befunde legen nahe, dass kulturell geprägte Überzeugungen und Praktiken als Barriere für die Inanspruchnahme psychosozialer Dienste wirken können (Kohlenberger et al., 2021; Priebe et al., 2016; Salam, 2022).

Als Teil der arabischen Welt sind syrische Menschen primär von der arabischen Kultur geprägt. Die arabische Welt setzt sich aus Bevölkerungsgruppen aus 22 verschiedenen Ländern zusammen, die hinsichtlich mancher Aspekte sehr heterogen sind, jedoch auch wesentliche Gemeinsamkeiten aufzeigen (Al-Dousari & Prior, 2020). Diese Länder teilen beispielsweise die arabische Sprache, ähnliche kulturelle Werte und religiöse Überzeugungen, wobei der Islam die vorherrschende Religion darstellt (Dardas & Simmons, 2015; Zeinoun et al., 2020).

2.6.1 *Kommunikation emotionaler Belastung in der arabischen Kultur*

Die Kommunikation in arabischen Ländern zeichnet sich durch einen eher formellen, unpersönlichen und zurückhaltenden Stil aus (Al-Krenawi & Graham, 2000). Zudem wird es gesellschaftlich stärker akzeptiert Emotionen zu verbergen (Abdullah & Brown, 2011; Nasir & Al-Qutob, 2005) und negative Emotionen eher zu ertragen, als sich Hilfe zu suchen oder darüber zu sprechen (Khatib et al., 2023). Geflüchtete aus dem arabischen Raum beschreiben emotionalen Distress häufig mithilfe physiologischer Symptome wie somatischen Beschwerden oder körperlichen Schmerzen (Hassan et al., 2015; Kohlenberger, 2021; Laban et al., 2005). Das ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Körper und Seele in den arabischen Erklärungsmodellen für Krankheiten als miteinander verbunden betrachtet werden

(Hassan et al., 2015). Zum anderen darauf, dass die Thematisierung emotionalen Leidens, gesellschaftlich weniger akzeptiert und Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig stigmatisiert werden (Pooremamali et al., 2011). Hinzu kommt, dass Geflüchtete aus Furcht vor Retraumatisierung es eher vermeiden auf traumabezogene Erfahrungen einzugehen (Chiarenza et al., 2019; Sheth et al., 2023). Aus diesem Grund neigen sie häufig dazu eher über allgemeine Gesundheitsprobleme zu sprechen (Chiarenza et al., 2019; Rousseau et al., 2012). Psychosoziale Beratung und insbesondere Gesprächstherapie, die darauf abzielt, Klient*innen zu ermutigen, über ihre Gefühle und sehr persönliche Themen zu sprechen, kann daher von den Betroffenen aus der Kumulation der oben genannten Gründe als sehr ungewohnt oder sogar als unangemessen empfunden werden (Abdullah & Brown, 2011). Vor allem das Teilen solcher Themen mit fremden Personen, die in der Regel ausschließlich innerhalb der Familie oder mit Freund*innen besprochen werden (Al-Krenawi & Graham, 2000), kann für die Betroffenen als unangebracht wahrgenommen werden.

2.6.2 *Stigma in der arabischen Kultur*

Kulturelle Faktoren spielen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Ausprägung von Stigmata (Rao et al., 2007). Nach Erving Goffman (1963) entsteht Stigmatisierung, wenn eine Person den gesellschaftlichen Normen, Werten oder allgemeinen Erwartungen der Gemeinschaft, in der sie lebt, nicht entspricht. Wie zu Beginn dieses Kapitels dargelegt herrschen in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Auffassungen über psychische Gesundheit (Schlehe, 2006). Die Diagnose einer psychischen Erkrankung erfolgt auf der Grundlage von Abweichungen soziokultureller Verhaltensnormen. Insofern ist das Konzept der psychischen Krankheit eng mit der jeweiligen Kultur verbunden, was dazu führt, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in unterschiedlichen Kulturen variiert (Chaze et al., 2015; Rao et al., 2007).

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gibt es zwei Hauptformen der Stigmatisierung: öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung (Aydin & Fritsch, 2015). Öffentliches Stigma entsteht, wenn die Gesellschaft negative Vorurteile und Stereotype über psychische Erkrankungen übernimmt und entsprechend handelt. Betroffene werden beispielsweise gefürchtet, abgelehnt, gemieden und diskriminiert (Zolezzi et al., 2018). Selbststigmatisierung beschreibt hingegen die Internalisierung dieser Stereotype durch die Betroffenen selbst (Aydin & Fritsch, 2015). Die beiden Formen der Stigmatisierung beeinflussen und verstärken sich wechselseitig (Corrigan & Kleinlein, 2005, zitiert nach

Abdullah & Brown, 2011) und führen häufig zu Scham bei psychisch Erkrankten (Palmer & Ward, 2007; Van der Boor & White, 2020). Darüber hinaus führt die Angst vor sozialer Ablehnung und Isolation bei Offenlegung der Erkrankung dazu, dass diese häufig verheimlicht wird (Van der Boor & White, 2020). Daraus können negative Einstellungen gegenüber psychosozialer Beratung und Behandlung entstehen und zu einer geringeren Bereitschaft führen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Abdullah & Brown 2011; Adams et al., 2022; Hassan et al., 2016; Tomczyk et al., 2020; Van der Boor & White, 2020).

Insbesondere in arabischen Ländern im Nahen Osten gelten psychische Erkrankungen häufig als Tabuthema (Al-Laham et al., 2020; Fuhr et al., 2019; Sewilam et al., 2015; Zolezzi et al., 2018) und werden mit Scham und sozialer Ausgrenzung assoziiert (Byrow et al., 2020). Der Begriff "psychische Gesundheit" selbst ruft hier bereits negative Assoziationen hervor und wird mit Begriffen wie "verrückt", "Geisteskrankheit" und "Abnormität" in Verbindung gebracht (Hassan et al., 2016). Eine Studie von Kira et al. (2014), in der Psychiatrie-Patient*innen untersucht wurden, zeigte, dass in den USA lebende Menschen arabischer Herkunft signifikant stärker von Selbststigmatisierung betroffen sind als nicht-arabische Amerikaner*innen. Darüber hinaus wiesen geflüchtete Personen im Vergleich zu nicht-Geflüchteten (sowohl arabischer als auch nicht arabischer Herkunft) in den USA ebenfalls signifikant höhere Werte für Selbststigmatisierung auf. In einer weiteren Studie konnten May und Kolleg*innen (2014) nachweisen, dass Geflüchtete aus arabischen Ländern deutlich stärkere stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen zeigten als die Staatsangehörigen des Aufnahmelandes. Diese Stigmatisierung trägt dazu bei, dass Menschen aus arabischen Ländern eine negative Einstellung gegenüber professioneller Hilfe entwickeln, was die Behandlung von psychischen Erkrankungen erschwert (Abdullah & Brown, 2011; Al-Ali et al., 2017; Al-Laham et al., 2020; Dardas & Simmons, 2015; Hassan et al., 2016; Zolezzi et al., 2018).

Diese Befunde unterstreichen, wie kulturelle Faktoren und Migrationserfahrungen die Präferenzen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfe bei unterschiedlichen Quellen beeinflussen und verdeutlichen die Notwendigkeit kultursensibler Ansätze zur Reduzierung von Stigma und zur Förderung der psychischen Gesundheit in diesen Populationen.

2.6.3 Soziales Umfeld und Gemeinschaft in der arabischen Kultur

In arabischen Ländern wird dem kollektiven Wohl eine deutlich höhere Bedeutung beigemessen als dem individuellen (Al-Ali et al., 2017; Nasir & Al-Qutob, 2005).

Einzelpersonen werden nicht als vollständig autonom, sondern primär als interdependenter Teil einer Gemeinschaft betrachtet. Dies impliziert die Wichtigkeit der Einhaltung sozialer Normen und Werte (Byrow et al., 2020). In diesem Kontext kommt der Familie in muslimischen Gemeinschaften eine zentrale Rolle zu (Al-Dousari & Prior, 2020; Al-Krenawi & Graham, 2000; Byrow et al., 2020). Sie dient als wichtigste soziale Einheit und bildet die Hauptquelle für persönliche Identität und Zugehörigkeit. Die Bewahrung der Familienehre ist äußerst wichtig und beeinflusst die Handlungs- und Verhaltensweisen der Familienmitglieder sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie (Moller et al., 2016).

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erläutert, werden psychisch Erkrankte in arabischen Ländern häufig stark stigmatisiert (Al-Laham et al., 2020; Fuhr et al., 2019; Sewilam et al., 2015; Zolezzi et al., 2018). Diese Stigmatisierung steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Familie als Einheit. Denn wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, kann dies nicht nur zu Diskriminierung durch das soziale Umfeld gegenüber der betroffenen Person führen, sondern auch zu einer Beeinträchtigung des sozialen Ansehens und einer geschädigten Reputation der gesamten Familie (Abdullah & Brown, 2011; Al Krenawi & Graham, 2000; Dardas & Simmons, 2015). Psychische Erkrankungen werden hier häufig als Schwäche des Charakters oder als Folge einer unzureichenden Erziehung wahrgenommen (Nasir & Al-Qutob, 2005). Dadurch gelten sie weniger als persönliches, sondern vielmehr als familiäres oder kollektives Versagen. In diesem Zusammenhang wird das Verhalten des Einzelnen häufig als Verantwortung der Familie wahrgenommen (Al-Krenawi & Graham, 2000; Nasir & Al-Qutob, 2005). Das mit einer psychischen Erkrankung einhergehende Risiko, die Familienehre zu verletzen, erhöht den Druck auf die Betroffenen, ihre psychischen Probleme zu verbergen oder lediglich familienintern zu besprechen (Al-Dousari & Prior, 2020; Byrow et al., 2020; Krstanoska-Blazeska et al., 2021). Dies gilt vor allem für unverheiratete Personen, da das Auftreten psychischer Erkrankungen, insbesondere wenn sie als erblich angesehen werden, die Heiratschancen erheblich verringern kann (Al-Dousari & Prior, 2020; Byrow et al., 2020; Nasir & Al-Qutob, 2005; Zolezzi et al., 2018). Die genannten Umstände erschweren die offene Thematisierung psychischer Belastung und das Eingeständnis des persönlichen Leidensdrucks, der mit solchen Erkrankungen einhergehen kann (Al-Krenawi & Graham, 2000). Dies stellt wiederum eine entscheidende Hürde auf dem Weg zu professioneller Hilfe dar (Aloud & Rathur, 2009).

Eine Vielzahl an Studien hat gezeigt, dass Personen aus arabischen Ländern bei Auftreten psychischer Probleme in der Regel innerhalb der Familie oder Gemeinschaft nach

Unterstützung suchen (Al-Krenawi & Graham, 2000; Dardas & Simmons, 2015; Hassan et al., 2015; Rassool, 2016; Rayes et al., 2021; Weatherhead & Daiches, 2010). Diese Form der informellen Unterstützung kann häufig auch traditionelle Heilende oder religiöse Autoritäten wie einen Imam einbeziehen (Al-Dousari & Prior, 2020; Krstanoska-Blazeska et al., 2021; Nasir & Al-Qutob, 2005; Zolezzi et al., 2018). Die Familie stellt somit nicht immer die einzige Anlaufstelle bei psychischem Leid dar. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass sich Betroffene häufig auch an enge Freund*innen wenden (Al-Ali et al., 2017; Al-Laham et al., 2020; Hassan et al., 2015; Weatherhead & Daiches, 2010; Zehetmair et al., 2021). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Familie nicht als sicherer Ort für die Offenlegung psychischer Probleme wahrgenommen wird (Al-Dousari & Prior, 2020).

In der arabischen Kultur wird professionelle Hilfe nicht gänzlich abgelehnt. Allerdings wird diese häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn die Symptome zu schwerwiegend werden, um sie im privaten Kontext (Familie, Freund*innen, religiöse Begleiter) zu bewältigen (Nasir & Al-Qutob, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010). In den meisten Fällen liegt die Entscheidung für oder gegen das Aufsuchen psychosozialer Einrichtungen jedoch bei der Familie und nicht beim Individuum selbst (Al-Krenawi & Graham, 2000; Al-Ali et al., 2017; Van der Boor & White, 2020; Weatherhead & Daiches, 2010). In diesem Zusammenhang konnte zudem festgestellt werden, dass eine enge Bindung an die Familie eine Barriere in der Inanspruchnahme formeller Unterstützungsangebote darstellen kann (Weigl & Gaiswinkler, 2019; Zolezzi et al., 2018).

Ein systematisches Review hat bei Menschen aus arabischen Ländern mit und ohne Fluchterfahrung einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Bereitschaft, psychosoziale Dienste in Anspruch zu nehmen, festgestellt (Khatib et al., 2023). Die Ergebnisse sind jedoch nicht eindeutig. Manche Studien berichten, dass ältere Personen eher zu einer negativen Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychosozialer Dienste tendieren (Chahine & Kienzler, 2022; Yaser et al., 2016), während andere Studien bei dieser Altersgruppe eine positive Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme von formeller Hilfe feststellen konnten (Hamid & Furnham, 2013; Tomasi et al., 2022). In Bezug auf den Einfluss des Bildungsgrades lassen sich einheitlichere Ergebnisse beobachten. Hier zeigt sich eine Korrelation zwischen einem höheren Bildungsgrad und einer stärkeren Präferenz für formelle Unterstützungsangebote (Al Krenawi et al., 2000; Byrow et al., 2020; Khatib et al., 2023).

All diese Befunde verdeutlichen, dass die Hilfesuche und die Entstehung von Präferenzen für bestimmte Unterstützungsquellen in arabischen Kulturen komplex ist und

von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, darunter Stigmatisierung, Familienstrukturen und kulturelle Vorstellungen von psychischer Gesundheit.

2.7 Religiöse Einflussfaktoren auf die Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen

Eine weitere normative Überzeugung in der arabischen Kultur, die in der TPB (Ajzen, 1985, 1991) die subjektive Verhaltensnorm einer Person und damit die Präferenz für bestimmte Unterstützungsquellen beeinflusst, ist die Annahme, dass religiöse Bewältigungsstrategien und die Unterstützung durch religiöse Autoritäten gesellschaftlich stärker akzeptiert werden als die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote, wenn es um die Bewältigung mentaler Probleme geht (Al-Laham et al., 2020; Krstanoska-Blazeska et al., 2021; Youssef & Deane, 2006). Dies liegt einerseits an der starken Stigmatisierung psychisch Erkrankter in arabischen Ländern und dem Eingeständnis, tatsächlich psychisch erkrankt zu sein, wenn man sich professionelle psychosoziale Hilfe sucht. Andererseits liegt das an der hohen Relevanz von Religion in der arabischen Bevölkerung (Rayes et al., 2021). Der religiöse Glaube spielt sowohl auf persönlicher als auch auf gesellschaftlicher Ebene eine besonders wichtige Rolle, was zum Teil auf die enge Verflechtung kultureller und religiöser Normen in diesem Gesellschaftssystem zurückgeführt werden kann. Für zahlreiche Geflüchtete stellt Religion einen wesentlichen Bestandteil von Gesundheit und Heilung dar und ist daher im Umgang mit psychischen Problemen von großer Bedeutung (Chaze et al., 2015; Jannesari et al., 2021). Hinzu kommt, dass religiöse Bewältigungsstrategien, inklusive der Unterstützung durch religiöse Autoritäten in der muslimischen Bevölkerung häufig als hilfreicher erachtet werden als professionelle psychosoziale Unterstützung (Weatherhead & Daiches, 2010). Grund hierfür sind Überzeugungen bezüglich psychischer Gesundheit und Krankheit, einschließlich der Ursachenzuschreibung für die Entstehung psychischer Erkrankungen, worauf im nächsten Abschnitt näher eingegangen werden soll.

Zunächst kann jedoch festgehalten werden, dass die Präferenzen von arabischen Geflüchteten für informelle Unterstützungsquellen im Rahmen der TPB (Ajzen, 1985, 1991) auf folgende Faktoren zurückgeführt werden können: (1) die geringe wahrgenommene Verhaltenskontrolle hinsichtlich der Inanspruchnahme formeller Unterstützung aufgrund struktureller Barrieren, (2) eine eher negative Einstellung gegenüber formellen Unterstützungsquellen aufgrund erwarteter negativer sozialer Konsequenzen sowie (3) die damit eng verknüpfte subjektive Norm, sich eher an informelle Quellen zu wenden, aufgrund

der Überzeugung, dass dies gesellschaftlich stärker akzeptiert wird und der kulturell bedingten Wichtigkeit dieser gesellschaftlichen Akzeptanz.

2.7.1 Einfluss religiöser Ursachenzuschreibungen auf die Präferenzen

In der muslimischen Bevölkerung werden religiöse Unterstützungsformen, wie etwa die Beratung durch religiöse Autoritäten, häufig als hilfreicher wahrgenommen als professionelle psychosoziale Unterstützung (Weatherhead & Daiches, 2010). Dies ist zu einem großen Teil auf die Ursachenzuschreibung für die Entstehung psychischer Erkrankungen zurückzuführen. Geflüchtete geben in diesem Zusammenhang häufig übernatürliche und religiösen Ursachen an (Byrow et al. 2020; Im et al., 2017; Kohlenberger et al., 2021). Diese Tendenz konnte auch in einer Studie nachgewiesen werden, die sich speziell mit syrischen Geflüchteten im Libanon auseinandersetzte (Al-Laham et al., 2020). Häufig wird Gott oder das Besessensein von bösen Geistern (Jinn) für die Entstehung psychischer Erkrankungen und den damit einhergehenden Symptomen verantwortlich gemacht (Al-Ali et al., 2017; Dardas & Simmons, 2015; Krstanoska-Blazeska et al., 2021; Van der Boor & White, 2020; Youssef & Deane, 2006; Zolezzi et al., 2018).

Eine Erklärung hierfür bietet das Common Sense Model of Illness Representation (CSM) nach Leventhal und Kolleg*innen (1980). Es veranschaulicht, wie individuelle Überzeugungen bezüglich Gesundheit und Krankheit, einschließlich Zuschreibungen von Krankheitsursachen, sowohl das anschließende Bewältigungsverhalten als auch die Bewertung von Behandlungsmaßnahmen beeinflussen können. Es wurde in zahlreichen Studien herangezogen, welche sich mit Coping-Strategien bei Auftreten unterschiedlicher Erkrankungen sowohl körperlicher als auch psychischer Natur auseinandergesetzt haben (Hagger & Orbell, 2003; Lobban et al., 2003). Das Modell postuliert, dass die Krankheitsüberzeugungen einer Person einen starken Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Wahl der Bewältigungsstrategie ausüben (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 1992). Es wird davon ausgegangen, dass durch die Konfrontation mit einer Bedrohung der Gesundheit, beispielsweise durch ein somatisches (oder psychisches) Symptom, sowohl kognitive als auch emotionale Prozesse ausgelöst werden. Im Rahmen dieser Prozesse entsteht eine Krankheitsrepräsentation, die sich aus fünf wesentlichen Elementen zusammensetzt: (1) Identität (wie wird das Symptom und/ oder die Erkrankung bezeichnet), (2) Zeitverlauf (ist das Symptom akut, chronisch oder zyklisch), (3) Konsequenzen (wird das Symptom als schwerwiegend und/ oder gefährlich eingestuft),

(4) Kontrolle (inwiefern kann das Symptom durch eigenes oder professionelles Handeln kontrolliert werden) und (5) Krankheitsursachen (welche Ursache wird dem Symptom zugeschrieben). Basierend auf diesen Krankheitsrepräsentationen entwickeln Menschen Bewältigungsstrategien, um mit den Symptomen umzugehen. In der Folge wird die Wirksamkeit der angewandten Bewältigungsstrategie sowie die damit erzielten Ergebnisse evaluiert. Der hier beschriebene Prozess gestaltet sich dynamisch, iterativ und wiederkehrend (Bridi et al., 2023), wodurch Repräsentationen immer wieder angepasst werden können (Benyamini & Karademas, 2019). Dies macht es dem Individuum möglich, diejenige Bewältigungsstrategie zu identifizieren, die sich im Umgang mit der jeweiligen Gesundheitsbedrohung als erfolgversprechend erweist (Bridi et al., 2023).

Forschungsergebnisse zeigen, dass dysfunktionale Repräsentationen psychischer Erkrankungen mit einer geringeren Inanspruchnahme psychosozialer Angebote und negativen Gesundheitsfolgen assoziiert sind (Brooks et al., 2022, zitiert nach Bridi et al., 2023). Die Entwicklung der kognitiven und emotionalen Repräsentationen ist hierbei nicht als isolierter Vorgang zu betrachten (Diefenbach & Leventhal, 1996). Eine Person verarbeitet krankheitsbezogene Informationen stets im Kontext ihrer individuellen Lebenserfahrung, ihrer Persönlichkeitsmerkmale sowie ihres sozialen und kulturellen Umfelds. Diese Faktoren beeinflussen den gesamten Repräsentations- und Evaluationsprozess. Die kulturelle und soziale Prägung einer Person hat demnach in vielerlei Hinsicht Einfluss auf die Krankheitsrepräsentation, die Wahl und die Bewertung einer Bewältigungsstrategie sowie die Art und Weise, wie die Betroffenen ihre Symptome kommunizieren (Bridi et al., 2023). In einer norwegischen Studie, die syrische Geflüchtete untersuchte, zeigte sich, dass die Symptome einer PTBS und Depression vorwiegend auf externale Stressoren zurückgeführt wurden. Die Studienteilnehmenden konnten sich mit der Darstellung der PTBS stark identifizieren, sahen die entsprechenden Symptome jedoch nicht als Ausdruck einer Erkrankung sondern als normale Reaktion auf traumatische Erlebnisse, wie Krieg und Flucht (Aarethun et al., 2021). Diese Erklärung zeigte sich auch in einer weiteren Studie, die dazu syrische Geflüchtete im Libanon befragte (Wells et al., 2016). In der von Aarethun und Kolleg*innen (2021) durchgeführten Untersuchung grenzten sich die Studienteilnehmenden jedoch stärker von der Symptomdarstellung von Depressionen ab und gaben hierfür vor allem soziale Ursachen, wie beispielsweise Isolation, an. Das soziale Netzwerk wurde in diesem Zusammenhang als primäre Quelle der Unterstützung hervorgehoben, während psychologische Hilfe von einigen Teilnehmenden als nicht erforderlich oder aufgrund kultureller Stigmata als negativ konnotiert wahrgenommen wurde (Aarethun et al., 2021).

Von weiblichen und jüngeren Teilnehmenden wurde professionelle Hilfe jedoch stärker befürwortet. In Kulturen, in denen psychische Erkrankungen stärker stigmatisiert werden, werden zudem häufig eher somatische Symptome (z.B. Magen-, Kopf- oder Rückenschmerzen bei Depressionen) in die Krankheitsrepräsentation integriert (Diefenbach & Leventhal, 1996) und mitgeteilt (Hassan et al., 2015; Kohlenberger, 2021; Laban et al., 2005), während psychologische Begriffe (z.B. Niedergeschlagenheit bei Depressionen) vermieden werden. Dies kann einerseits dazu führen, dass psychische Erkrankungen unerkannt bleiben, da die kommunizierten Symptome nicht den in westlichen Kulturen gängigen Diagnosekriterien entsprechen (Kiselev et al., 2020; Priebe et al., 2016). Andererseits werden durch den Fokus auf somatische Symptome auch die Erwartungen an die Behandlung geprägt (Bridi et al., 2023; Diefenbach & Leventhal, 1996). Wenn die Repräsentation einer psychischen Erkrankung vorwiegend körperliche Beschwerden beinhaltet, wird mehr eine Behandlung der körperlichen Symptome und weniger eine psychische Behandlung für notwendig erachtet. Nicht zuletzt haben die kulturellen Hintergründe einer Person einen Einfluss auf die Ursachen, die der Entstehung einer psychischen Erkrankung zugeschrieben werden (Al-Laham et al., 2020; Byrow et al. 2020; Im et al., 2017; Kohlenberger et al., 2021).

In der arabischen Kultur nehmen Religion und der Glaube an Gott, wie bereits dargelegt, einen hohen Stellenwert ein und prägen das Verständnis und die Erklärung psychischer Beschwerden stark (Chaze et al., 2015; Jannesari et al., 2021). Die Annahme, dass bestimmte Erkrankungen auf den Willen Gottes zurückzuführen sind, ist in der arabischen Bevölkerung weit verbreitet (Al-Ali et al., 2017; Dardas & Simmons, 2015; Krstanoska-Blazeska et al., 2021; Van der Boor & White, 2020; Youssef & Deane, 2006; Zolezzi et al., 2018). In diesem Zusammenhang beeinflusst der religiöse Glaube maßgeblich die Repräsentation psychischer Erkrankungen (insbesondere die Ursachenzuschreibungen) und demnach welche Bewältigungsstrategien als sinnvoll erachtet werden (Al-Laham et al., 2020; Diefenbach & Leventhal, 1996). Darüber hinaus konnte in der Literatur jedoch ein Zusammenhang zwischen religiösen Ursachenzuschreibungen und dem Alter sowie dem Bildungsgrad der Befragten festgestellt werden. Solche Ursachenzuschreibungen zeigten sich eher bei älteren und weniger gebildeten Personen (Al-Krenawi et al., 2000; Byrow et al., 2020).

Die empirischen Befunde stützen die Annahmen im CSM. Die Forschungsliteratur legt nahe, dass kausale Überzeugungen hinsichtlich der Ätiologie psychischer Erkrankungen

einen Einfluss darauf haben, ob und welche Art von Hilfe in Anspruch genommen wird (Al-Laham et al., 2020; Cauce et al., 2002; Khatib et al., 2023; Nguyen et al., 2022; Satinsky et al., 2019; Van der Boor & White, 2020). Es finden sich Hinweise dafür, dass Personen, die davon überzeugt sind, dass Gott für die Entstehung psychischer Erkrankungen verantwortlich ist, im Falle der eigenen Erkrankung eher religiöses Coping anwenden (Al-Ali et al., 2017). Betroffene gehen in diesem Fall häufig davon aus, dass keine Behandlung erforderlich ist, da die Erkrankung als Strafe Gottes für begangene Sünden oder aufgrund eines mangelhaften Glaubens angesehen wird (Al-Dousari & Prior, 2020 zitiert nach Aloud & Rathur, 2009), was zu einer passiven Akzeptanz führt (Diefenbach & Leventhal, 1996; Shahid et al., 2020). Diese passive Haltung wird zudem durch die Angst vor gesellschaftlicher Verurteilung verstärkt, da Betroffene fürchten, als Sünder*innen oder Ungläubige eingestuft zu werden, sobald ihr soziales Umfeld von ihrer Erkrankung erfährt (Fakhr El-Islam, 2008). Alternativ wenden andere Betroffene wiederum religiöse Bewältigungsstrategien an, indem sie beispielsweise beten, eine heilige Schrift wie den Koran lesen oder den Rat einer religiösen Autorität einholen (Chadda et al., 2001), um aktiv durch religiöse Praktiken Gottes Gnade und folglich Heilung zu finden (Diefenbach & Leventhal, 1996; Shahid et al., 2020). Khatib et al. (2023) kamen in ihrem systematischen Review, in dem sie arabische Geflüchtete untersuchten, diesbezüglich zu gemischten Ergebnissen. Religion und die damit verbundenen Ursachenzuschreibungen können zwar als Barriere beim Aufsuchen psychologischer Angebote wirken, aber auch deren Nutzung fördern. Obwohl der göttliche Wille als Ursache aller Lebensereignisse ein zentrales Element des islamischen Glaubens darstellt, werden Menschen im Koran dazu angehalten und ermutigt, proaktiv zu handeln, um ihr Leid zu lindern (Ypinazar & Margolis, 2006). Islamische Lehren betonen die Wichtigkeit des Suchens nach effektiver und angemessener Hilfe im Falle von Krankheit, einschließlich psychischer Leiden (Islam & Umarji, 2022). Dies umfasst sowohl informelle Quellen (Beten und Beratung von einem Imam) als auch formelle Quellen der Unterstützung. Dies würde die Nutzung von psychologischen Diensten rechtfertigen und gleichzeitig im Einklang mit religiösen Werten stehen (Al-Dousari & Prior, 2020).

Trotz dieser teilweise widersprüchlichen empirischen Befunde ist es unumstritten, dass Religion einen wichtigen Bestandteil des Lebens vieler Geflüchteter darstellt. Im Gesundheitssystem der meisten Ankunftsländer finden religiöse Aspekte jedoch kaum Anwendung in psychosozialer Beratung und Behandlung (Chaze et al., 2015; Jannesari et al., 2021), was dazu führen kann, dass diese Dienste weniger präferiert werden (Byrow et al., 2020).

2.8 Relevanz und Ziel der Masterarbeit

Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es, zu überprüfen, ob syrische Geflüchtete in Österreich die oben beschriebenen Präferenzen hinsichtlich der Inanspruchnahme psychischer Unterstützung aufweisen. Präferenzen im Sinne der Intention, Unterstützung primär bei informellen Quellen und weniger bei formellen Quellen zu suchen, beeinflussen die tatsächliche Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützung (Tomczyk et al., 2020), die bei Geflüchteten sehr gering ausfällt (Satinsky et al., 2019). Des Weiteren sollen Faktoren untersucht werden, die diese Präferenzen beeinflussen können. Dazu zählen kulturelle Einflüsse auf soziale Normen, welche sich in der Furcht vor Stigmatisierung äußern können, sowie kulturell geprägte Ursachenzuschreibungen hinsichtlich der Entstehung psychischer Erkrankungen, aber auch das Alter und der Bildungsgrad der Befragten.

Die wissenschaftliche Literatur weist überwiegend darauf hin, dass Geflüchtete (Byrow et al., 2020) und Personen aus arabischen Ländern (Khatib et al., 2023) eine Präferenz für informelle Unterstützungsquellen zeigen. Die Befunde in diesem Bereich sind jedoch nicht einheitlich. Es gibt Studien, die sich mit Menschen mit Fluchterfahrung in westlichen Ländern befassten, die in dieser Population eine zunehmende Tendenz zur Nutzung professioneller Unterstützungsangebote feststellen konnten (Aarethun et al., 2021; Khatib et al., 2023; Manhica et al., 2017). Als Erklärung hierfür wurden primär Akkulturationsprozesse und eine schrittweise Anpassung an die Werte und Gesundheitspraktiken dieser Aufnahmeländer genannt. In westlichen Ländern zeigen sich weniger Stigmatisierung gegenüber psychisch Erkrankten (Abdulla & Brown, 2011) sowie weniger religiöse Ursachenzuschreibungen als in Ländern im Nahen Osten (Reichardt et al., 2018). Die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung hängt zudem wesentlich vom Gesundheitssystem, dem vorhandenen Angebot an psychosozialen Diensten sowie deren Zugänglichkeit im jeweiligen Aufnahmeland ab (Weigl & Gaiswinkler, 2019; Zehetmair et al., 2021). Diese Faktoren können zwischen verschiedenen Ländern erheblich variieren, was je nach Aufnahmeland zu unterschiedlichen Zugangsbarrieren führen kann (Harris et al., 2021). Darüber hinaus führt das Verlassen des Herkunftslandes häufig dazu, dass im Zielland das vertraute soziale Netzwerk fehlt, wodurch die zuvor präferierten Unterstützungsquellen wie Familie, Freund*innen oder religiöse Berater nicht mehr verfügbar sind (Rayes et al., 2021). Infolgedessen müssen alternative Bewältigungsstrategien entwickelt werden (Zehetmair et al., 2021). Wenn sich kulturelle, soziale und strukturelle Einflussfaktoren ändern, können sich demnach auch die Präferenzen hinsichtlich psychischer Unterstützung

ändern. Khatib et al. (2023) heben in diesem Zusammenhang hervor, dass sowohl die Einflussfaktoren des Herkunfts- als auch die des Aufnahmelandes bei der Untersuchung präferierter Unterstützungsformen berücksichtigt werden sollten, da beide entscheidend dazu beitragen, welche Unterstützung als hilfreich, akzeptabel und verfügbar wahrgenommen wird. Zudem wird betont, dass die Unterschiede im Hilfesuchverhalten von Menschen aus verschiedenen arabischen Ländern in bisherigen Studien nicht ausreichend behandelt wurden (Khatib et al., 2023).

Der Forschungsbedarf der vorliegenden Masterarbeit ergibt sich einerseits aus der Tatsache, dass syrische Geflüchtete die größte Gruppe unter den Geflüchteten in Österreich darstellen (BMI, 2024), andererseits aus den mangelnden Studien zu syrischen Geflüchteten in westlichen Ländern, insbesondere Österreich. Die bestehende Forschungsliteratur befasst sich primär mit Geflüchteten ohne Fokussierung auf ein spezifisches Herkunftsland, mit Geflüchteten aus anderen Ländern als Syrien oder mit Personen, die in arabischen Ländern leben, jedoch keine Fluchterfahrung aufweisen. Die Fluchterfahrung kann das Hilfesuchverhalten jedoch dahingehend maßgeblich beeinflussen, als dass mit zunehmender psychischer Belastung auch in arabischen Kulturen die Wahrscheinlichkeit steigt, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Nasir & Al-Qutob, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010). Studien, die sich speziell mit syrischen Geflüchteten auseinandergesetzt haben, stammen überwiegend aus Nachbarländern Syriens, deren kulturelle und gesellschaftliche Strukturen denen des Herkunftslandes stark ähneln. Ein weiterer Forschungsbedarf ergibt sich aus der Dominanz qualitativer Studien in diesem Bereich (Dumke, 2024, zitiert nach Byrow et al., 2020) und der Wichtigkeit diese Befunde mit statistischen Analyseverfahren zu untermauern. Aus der Kumulation der genannten Gründe ist es von besonderer Bedeutung die Präferenzen syrischer Geflüchteter in Österreich mit quantitativen Forschungsmethoden zu untersuchen, um Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge für bereits bestehende Unterstützungsangebote in Österreich ableiten zu können, den Zugang zu adäquater Hilfe zu erleichtern und damit die Nutzung psychosozialer Unterstützung zu fördern. Damit ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen:

Fragestellung 1

Bevorzugen syrische Geflüchtete bei psychischer Belastung die Unterstützung von informellen Quellen (Religiöse Autorität, Familie, Freund*innen) gegenüber der Unterstützung von formellen Quellen (professionelle psychologische Hilfe)?

H1a) Syrische Geflüchtete schätzen die Unterstützung einer religiösen Autorität als hilfreicher ein als die Unterstützung von psychologischen Diensten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

H1b) Syrische Geflüchtete schätzen die Unterstützung eines Familienmitglieds als hilfreicher ein als die Unterstützung von psychologischen Diensten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

H1c) Syrische Geflüchtete schätzen die Unterstützung von Freund*innen als hilfreicher ein als die Unterstützung von psychologischen Diensten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

Fragestellung 2

Wie hängen Sorgen über Stigmatisierung bei syrischen Geflüchteten mit der Präferenz für Hilfe von informellen Quellen bei psychischer Belastung zusammen?

H2) Sorgen über Stigmatisierung stehen im positiven Zusammenhang mit der Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

Fragestellung 3

Wie hängen bei syrischen Geflüchteten Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit der Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität bei psychischer Belastung zusammen?

H3) Gottes Wille als Ursache für die Entstehung psychischer Erkrankungen anzugeben steht im positiven Zusammenhang mit der Präferenz für die Unterstützung von religiösen Autoritäten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

3 Methode

3.1 Untersuchungsdesign

Diese Masterarbeit wurde im Rahmen des übergeordneten Forschungsprojektes „Targeting the mental health of asylum seekers in Austria“ (MHAS) der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien durchgeführt. Das Projekt umfasst drei aufeinander aufbauende Studien und basiert auf einem Mixed-Methods-Ansatz, der sowohl quantitative als auch qualitative Methoden integriert. Das Forschungsinteresse gilt der psychischen Bedürfnislage Geflüchteter in Österreich. Ziel ist es, die in den ersten beiden Studien gewonnenen Erkenntnisse zu nutzen, um das bereits bestehende psychoedukative Interventionsprogramm *Teagarden* (Mewes et al., 2021) weiterzuentwickeln und an die Zielgruppe (syrische Geflüchtete) anzupassen. In der dritten Studie soll das überarbeitete Interventionsprogramm evaluiert werden.

Die erste Studie befasst sich mit der psychischen Belastung von syrischen Geflüchteten in Österreich sowie mit ihrem subjektiven Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Die Datenerhebung für diese Studie erfolgt mithilfe einer Fragebogenbatterie (quantitativ) und dolmetsch-unterstützten Fokusgruppendifkussionen (qualitativ). Die statistische Auswertung der vorliegenden Masterarbeit basiert ausschließlich auf den in der ersten Studie erhobenen quantitativen Daten. Es handelt sich hierbei demnach um eine querschnittliche Fragebogenstudie. Das Studiendesign des übergeordneten Forschungsprojektes war bereits festgelegt, als die Fragestellungen für diese Masterarbeit formuliert wurden, die Hypothesen wurden jedoch vor der Datenanalyse und -auswertung aufgestellt. Vor Beginn der Rekrutierung wurde die MHAS-Studie von der Ethikkommission der Universität Wien genehmigt (Nr. 00679).

3.2 Zielgruppe

Die Zielgruppe der vorliegenden Studie waren erwachsene Geflüchtete jeglichen Geschlechts aus Syrien im Alter von 18 bis 65 Jahren. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Studie war eine maximale Aufenthaltsdauer von 36 Monaten in Österreich. Deutschkenntnisse waren bei den Studienteilnehmenden nicht zwingend erforderlich, da der Fragebogen sowohl in arabischer Sprache als auch in Farsi/Dari zur Verfügung stand und die Testleitung bei Bedarf durch eine dolmetschende Person unterstützt wurde.

3.3 Vorgehen

Die Bewerbung der Studie erfolgte hauptsächlich mittels Flyerverteilung und Aushängen in psychosozialen Einrichtungen, Sprachzentren und gemeinnützigen Vereinen, die sich in ihrem Angebot explizit an Geflüchtete richten. Zudem wurde eine Verbreitung der Flyer über soziale Medien vorgenommen. Die Zustimmung, die Rekrutierung von Teilnehmenden sowie die Datenerhebung vor Ort durchzuführen, wurde im Vorfeld bei den zuständigen Verantwortlichen eingeholt.

Im Rahmen der Flyerverteilung wurden interessierte Personen über die Rahmenbedingungen und das Forschungsinteresse der Studie informiert. Waren die Teilnahmebedingungen erfüllt, bestand für die Personen die Möglichkeit, entweder direkt in den bereitgestellten Räumlichkeiten der Vereine den Fragebogen auszufüllen oder hierfür per E-Mail oder Telefon einen Termin in der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Universität Wien zu vereinbaren. Für die Bearbeitung der Fragebogenbatterie wurde kein zeitliches Limit vorgegeben, diese dauerte im Durchschnitt jedoch 30-60 Minuten. Die Vorgabe des Fragebogens erfolgte zum einen durch Masterstudierende, die am übergeordneten Forschungsprojekt beteiligt sind, zum anderen durch die Projektleiterin selbst. Bei Bedarf konnte sowohl bei der Rekrutierung als auch bei der Fragebogenvorgabe eine Dolmetscherin hinzugezogen werden. Des Weiteren wurde auf Übersetzungsprogramme wie „Google-Übersetzer“ zurückgegriffen.

Der Ablauf der Datenerhebung begann mit der Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung der Teilnehmenden. In diesem Zuge wurden sie auch darüber aufgeklärt, dass die Testung jederzeit und ohne Konsequenzen abgebrochen werden kann und dass die Bearbeitung des Fragebogens, soweit möglich, selbstständig erfolgen sollte. Für Nachfragen standen die Testleiter*innen und/ oder die Dolmetscherin jederzeit zur Verfügung. Im Anschluss wurde eine umfangreiche Fragebogenbatterie auf Deutsch mit Übersetzung der jeweiligen Erstsprache der Teilnehmenden (Farsi/Dari oder Arabisch) vorgelegt. Zunächst wurden soziodemografische Informationen abgefragt, Die darauffolgende Testbatterie umfasste insgesamt 13 Fragebögen und stand in zwei Versionen zur Verfügung. Die beiden Versionen unterscheiden sich hinsichtlich einer dargelegten Fallvignette, die entweder die Symptome von Depressionen oder einer PTBS beschreiben und wurden den Teilnehmenden abwechselnd vorgelegt. Die Beschreibung des jeweiligen Krankheitsbildes diente der Erfassung der subjektiven Einschätzung der Kontroll-,

Behandlungs- und sozialen Unterstützungsmöglichkeiten sowie der Ursachenzuschreibungen für die Entstehung dieser Erkrankungen. Zusätzlich wurden der allgemeine Gesundheitszustand, Wissen über psychische Beschwerden und Behandlungsangebote, Resilienz, Postmigrationsschwierigkeiten, wahrgenommener Stress sowie Symptome einer generalisierten Angststörung, Depressionen und PTBS erfragt. Am Ende jeder Fragebogenbatterie befand sich ein Kommentarfeld, das von der Testleitung ausgefüllt werden sollte, um die von den Studienteilnehmenden benötigte Hilfestellung und andere Auffälligkeiten oder Vorkommnisse zu notieren. Bei vorliegender psychischer Belastung der Teilnehmenden wurde eine Liste von Kontaktmöglichkeiten hinsichtlich psychosozialer Unterstützung ausgehändigt.

Auf eine ruhige Umgebung während des Ausfüllens wurde weitestgehend geachtet. Dies konnte aber nicht immer gewährleistet werden, da es sich in allen Vereinen um frei zugängliche Aufenthaltsräume handelte. Es wurde jedoch von den Testleiter*innen versucht, Störungen durch andere Personen und/oder Geräusche auf ein Minimum zu beschränken.

Die Teilnehmenden erhielten als Aufwandsentschädigung einen Geldbetrag in Höhe von 10 Euro, dessen Erhalt sie mittels Unterzeichnung bestätigten. Zudem wurden sie gefragt, ob sie an weiteren Studien dieses Projektes interessiert sind. Hierfür konnte ein Formular mit den persönlichen Kontaktdaten ausgefüllt werden.

Die erhobenen Daten wurden im weiteren Schritt anonymisiert verarbeitet.

3.4 Messinstrumente

Die Fragebogenbatterie des übergeordneten Forschungsprojektes umfasst eine Vielzahl an soziodemographischen Fragen, wie Geschlecht, Alter, kulturelle Zugehörigkeit, Fluchtdauer, Aufenthaltsdauer und -status in Österreich, Sprachkenntnisse, Schul- und Berufslaufbahn, familiäre Situation, Religion und Glauben sowie die derzeitige Wohnsituation. Die für diese Arbeit relevanten Daten sind im Abschnitt „Stichprobenbeschreibung“ angeführt. Die Fragebogenbatterie der MHAS-Studie enthält einige Fragebögen, wobei für die vorliegende Masterarbeit ausschließlich die Daten des *General Health Seeking Questionnaire* (GHSQ; Wilson et al., 2005), des *Inventory of Attitudes Towards Seeking Mental Health Services* (IASMHS; Mackenzie et al., 2004) sowie des *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) statistisch ausgewertet wurden. Zudem wurden die Daten der Items zu Religiosität explorativ analysiert.

Die hier verwendeten Instrumente sowie die eingesetzten Fallvignetten werden im Folgenden näher beschrieben.

3.4.1 Religiosität

Das Antwortverhalten der Teilnehmenden wurde hinsichtlich der folgend aufgelisteten Fragen explorativ analysiert, indem der prozentuale Anteil für jede Antwortkategorie ermittelt wurde: (1) „*Wie wichtig ist Ihnen Ihr Glaube (an Gott)?*“ mit den Antwortmöglichkeiten „*überhaupt nicht wichtig*“, „*eher nicht wichtig*“, „*eher wichtig*“, „*sehr wichtig*“, „*keine Angabe*“; (2) „*Mein Glaube gibt mir in schwierigen Situationen Kraft/ ich vertraue darauf, dass mein Gott mich leitet. Ich stimme ...*“ mit den Antwortmöglichkeiten „*überhaupt nicht zu*“, „*eher nicht zu*“, „*teils-teils*“, „*eher zu*“, „*vollkommen zu*“ und (3) „*Welche Aussage trifft auf Sie zu?*“ mit den Antwortmöglichkeiten „*Ich bin gläubig und besuche die Kirche/ die Moschee, um meinen religiösen Verpflichtungen nachzugehen*“, „*Ich bin gläubig und gehe meinen religiösen Verpflichtungen als Einzelperson nach*“, „*Ich glaube an Gott, bin aber nicht religiös geprägt*“, „*Ich bin spirituell, aber nicht religiös*“, „*Ich bin nicht religiös geprägt*“. Das Alter und der Bildungsgrad wurden in allen hier untersuchten Hypothesen als Kontrollvariablen berücksichtigt.

3.4.2 Kontrollvariablen Alter und Bildungsgrad

In allen Hypothesentests wurden Bildungsgrad und Alter als Kontrollvariablen einbezogen. Um das Alter der Teilnehmenden zu erfassen, wurde das offene Item „*Wie alt sind Sie?*“ verwendet. Der Bildungsgrad der Teilnehmenden wurde durch die Frage „*Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?*“ erhoben. Hierbei standen die folgenden Antwortkategorien zur Auswahl: (1) „*Hochschulabschluss*“, (2) „*Matura/Abitur*“, (3) „*Real- oder Hauptschulabschluss*“, (4) „*Volks- oder Grundschulabschluss*“, (5) „*kein Abschluss*“ sowie (6) „*Sonstige*“, mit der Möglichkeit, eine genauere Angabe zu machen. Die kategorial skalierte Variable Bildungsgrad wurde in eine dummy-kodierte Variable überführt. Der Wert 1 wurde Teilnehmenden mit Matura oder Hochschulabschluss zugewiesen, der Wert 0 Teilnehmenden mit Volksschulabschluss, Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss.

3.4.3 Sorgen über Stigmatisierung

Zur Ermittlung der Sorgen über Stigmatisierung der Teilnehmenden wurde die Subskala „*Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung*“ des Inventory of Attitudes Towards

Seeking Mental Health Services (IASMHS; Mackenzie et al., 2004) herangezogen. Dieser besteht aus 24 Items, die drei Subskalen repräsentieren: (1) psychologische Offenheit, (2) Bereitschaft zur Hilfesuche und (3) Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung.

Die Skala „Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung“ umfasst acht Items und misst das Ausmaß, in dem sich eine Person Sorgen darüber macht, was andere Personen denken könnten, wenn sie erfahren, dass sie professionelle psychologische Hilfe in Anspruch nimmt. Teilnehmende bewerten auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = *„stimme nicht zu“* bis 4 = *„stimme voll zu“*) Aussagen wie *„wegen der Meinung einiger Leute wäre es mir unangenehm, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen“*. Mackenzie et al. (2004) berichten für diesen Fragebogen ein Cronbachs Alpha von .87 sowie für die Skala „Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung“ ein Cronbachs Alpha von .79, welches als akzeptabel gilt (Blaž, 2015). Die interne Konsistenz der Skala „Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung“ wurde auch anhand der vorliegenden Stichprobe berechnet. Das Cronbachs Alpha betrug $\alpha = .711$, welches ebenfalls als akzeptabel eingestuft werden kann (Blaž, 2015). Die arabische Version des IASMHS entstammt der Studie von Weise et al. (2021).

Zur Bildung der IASMHS-Subskala „Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung“ wurden die invers formulierten Items zunächst umkodiert und anschließend ein Summenscore gebildet. Diese Kodierung ist methodisch konsistent mit der Originalpublikation des IASMHS und gewährleistet eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Studien, die dieselbe Skala verwenden. Da sich die vorliegende Untersuchung jedoch auf Sorgen über Stigmatisierung fokussiert und die hier verwendete Subskala Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung erfasst, ist es wichtig zu beachten, dass der Summenscore der Skala „Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung“ proportional negativ zu „Sorgen über Stigmatisierung“ steht. Höhere Werte auf der Skala deuten demnach auf geringere Sorgen über Stigmatisierung hin, während niedrigere Werte entsprechend für größere Sorge stehen. Dieser Zusammenhang ist in den folgenden Abschnitten, insbesondere bei der Interpretation der Ergebnisse, zu berücksichtigen. Um Missverständnisse zu vermeiden und die Lesbarkeit der Ergebnisse zu verbessern, wird in der folgenden Arbeit einheitlich von „Sorgen gegenüber Stigmatisierung“ gesprochen.

3.4.4 Präferenz für die Unterstützung formeller oder informeller Quellen

Um die Präferenzen der Teilnehmenden hinsichtlich formeller oder informeller Unterstützungsquellen zu erfassen, wurde der General Health Seeking Questionnaire (GHSQ;

Wilson et al., 2005) eingesetzt. Dieser wurde entwickelt, um die Intention einer Person abzubilden, bei emotionalen Problemen Hilfe bei unterschiedlichen Quellen zu suchen. Die Teilnehmenden bewerten dabei auf einer 7-stufigen Likert-Skala (1 = "extrem unwahrscheinlich" bis 7 = "extrem wahrscheinlich"), in welchem Maße sie beabsichtigen, sich an die jeweilige Quelle zu wenden. Höhere Werte deuten auf eine stärkere Bereitschaft hin, bei der entsprechenden Quelle Unterstützung zu suchen.

Für die vorliegende Studie wurde die Instruktion entsprechend den zuvor beschriebenen Fallvignetten angepasst und lautete "*Bei wem sollte die oben beschriebene Person mit ihren Problemen Hilfe aufsuchen? Wer von den folgenden Personen könnte ihr am besten helfen?*". Es wurden lediglich sieben der zehn Items des Fragebogens für die statistische Analyse herangezogen. Die Items „Psychologe oder Psychotherapeut“ und „Psychiater“ als formelle Quellen sowie „Partner“, „Freunde“, „Eltern“, „andere Verwandte“ und „religiöse Autorität“ als informelle Quellen der Unterstützung. Der GHSQ zeigte in unterschiedlichen Populationen und Kulturen eine gute Reliabilität und Validität (Wilson et al., 2005; Byrow et al., 2019). Die Originalstudie (Wilson et al., 2005) berichtete von einem Cronbachs Alpha von .70, was als akzeptabel angesehen wird (Blaž, 2015) sowie eine Retest-Reliabilität von .86, welche als gut interpretiert werden kann (Bühner, 2011). Die arabische Übersetzung des GHSQ wurde von Grupp et al. (2019) übernommen.

Um die Präferenz für die Unterstützung eines Familienmitglieds zu erfassen, wurde der Mittelwert der Items „Partner“, „Eltern“ und „andere Familienmitglieder“ gebildet. Für die Präferenz der Unterstützung durch psychologische Dienste wurde der Mittelwert der Items „Psychologen“ und „Psychiater“ verwendet. Schließlich wurde die Präferenz für die Unterstützung durch informelle Quellen mithilfe des Mittelwerts der Items „Partner“, „Eltern“, „andere Familienmitglieder“, „Freunde“ und „religiöse Autorität“ berechnet. In der Originalpublikation des GHSQ (Wilson et al., 2005) war die Kategorisierung in die Faktoren „Familienmitglied“, „psychologische Dienste“ und „informelle Quellen“ mit den hier zusammengefassten Items nicht vorgesehen. Diese Einteilung musste daher von der Verfasserin auf der Grundlage inhaltlicher Kriterien vorgenommen werden.

3.4.5 Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen

Die Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen wurden mit dem Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) operationalisiert. In der übergeordneten MHAS-Studie wurden nur die Komponenten (1)

Persönliche Kontrolle, (2) Behandlungskontrolle, (3) Krankheitskohärenz sowie (4) Krankheitsursachen erfasst. Krankheitsursachen stellen dabei keine autonome Subskala dar, sondern umfassen weiter unterteilte Dimensionen wie „psychologische Attributionen“, „Risikofaktoren“ und „Zufall oder Chance“.

Wie von Moss-Morris et al. (2002) empfohlen, wurden die Items dem kulturellen Kontext der untersuchten Population entsprechend angepasst. In der übergeordneten MHAS-Studie wurden beispielsweise Items wie „*Gottes Wille*“, „*Verwünschung durch andere*“ oder „*böse Geister*“ hinzugefügt, da sich diese Ursachenzuschreibungen psychischer Erkrankungen bei Menschen aus arabischen Ländern in vorherigen Studien zeigten (Al-Krenawi & Graham 2000; Bener & Ghuloum, 2011; Youssef and Deane 2006). Da lediglich die Ursache „*Gottes Wille*“ für die vorliegende Masterarbeit von Interesse war, wurde nur dieses Item für die statistische Analyse berücksichtigt. Die Instruktion des IPQ-R wurde, analog zum GHSQ, an die vorliegenden Fallvignetten angepasst und lautete für die Angaben zu möglichen Krankheitsursachen folgendermaßen „*Bitte kreuzen Sie an, wie stark Ihrer Meinung nach die unten aufgeführten Ursachen die oben beschriebenen Beschwerden verursachen könnten*“. Die Teilnehmenden konnten hier auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = „*stimmt überhaupt nicht*“ bis 4 = „*stimmt voll und ganz*“) ihre Einschätzung abgeben, wobei höhere Werte einer stärkeren Überzeugung entsprechen, dass das jeweilige Item eine Ursache der Erkrankung darstellt. Der IPQ-R zeigt für die verschiedenen Dimensionen der Krankheitsursachen unterschiedliche Reliabilitätswerte, mit einem Cronbachs Alpha das von .67 (fragwürdig) bis .86 (gut) reicht (Moss-Morris et al., 2002; Blanz, 2015). Die Retest-Reliabilitäten liegen im akzeptablen bis guten Bereich, mit Werten von .78 bis .88 (Moss-Morris et al., 2002; Bühner, 2011). Die arabische Übersetzung des IPQ-R wurde der Studie von Grupp et al. (2018) entnommen.

3.4.6 Fallvignetten

Für die Instruktion des GHSQ und des IPQ-R wurden zwei unterschiedliche Fallvignetten eingesetzt, in welchen eine fiktive Person von ihren Symptomen berichtet, die gemäß des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (5. Auflage [DSM-5], American Psychiatric Association, 2013) entweder Depressionen oder einer PTBS entsprechen (siehe Anhang B). Die Projektleiterinnen entnahmen die PTBS-Fallvignette einer Studie von Grupp et al. (2019). Bei der Formulierung der Depression-Fallvignette orientierten sie sich an der Arbeit von Subedi et al. (2015). Die arabische Übersetzung wurde

von Dolmetscher*innen angefertigt, die an dem übergeordneten MHAS-Projekt mitarbeiten. Der Einsatz von Fallvignetten zielte darauf ab, einer sozial erwünschten Antworttendenz entgegenzuwirken, die in diesem Kulturkreis aufgrund der Angst vor Stigmatisierung weit verbreitet sein könnte. Zudem sollte durch die Distanzierung von den eigenen Erfahrungen das Risiko einer psychischen Belastung durch das Ausfüllen minimiert werden.

3.5 Statistische Auswertung

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte unter Verwendung des Statistikprogramms *IBM SPSS Statistics* (Version 28).

Vor der Durchführung der Hypothesentests erfolgte eine umfassende explorative und deskriptive Datenanalyse, um die Verteilungen der Daten zu veranschaulichen und potenzielle Zusammenhänge zwischen den Variablen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden die Daten graphisch aufbereitet und eine Korrelationsmatrix erstellt (siehe Kapitel deskriptive und explorative Analyse). Mithilfe von Boxplots, Streudiagrammen und Kreuztabellen wurden die Daten auf univariate und bivariate Ausreißer untersucht, wobei keine identifiziert werden konnten. Zur Erkennung multivariater Ausreißer wurden die Cook-Distanz und Hebelwerte (Leverage) herangezogen.

Der vorliegende Datensatz wies eine erhebliche Anzahl fehlender Werte auf. In dem Kapitel „Limitationen“ wird näher auf mögliche Gründe eingegangen.

Um zu prüfen, ob diese fehlenden Daten zufällig verteilt sind, wurde der MCAR-Test nach Little (1988) angewandt. Das Ergebnis für die in dieser Arbeit analysierten Variablen war nicht signifikant ($p = .072$), was darauf hindeutet, dass die fehlenden Werte vollkommen zufällig verteilt sind (missing completely at random). Es wurde eine Available Case Analysis durchgeführt. Die Stichprobengröße variiert demnach je nach Hypothese.

Die Hypothesen H1a, H1b und H1c wurden mittels Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Messwiederholung und geplanten Kontrasten überprüft. Die Kontraste waren dahingehend konzipiert, dass die Unterstützungsquellen „Familienmitglied“, „Freunde“ und „religiöse Autorität“ mit der Baseline „psychologische Dienste“ hinsichtlich der Präferenz verglichen wurden. Es wurde untersucht, ob syrische Geflüchtete die Unterstützung einer religiösen Autorität (H1a), von Familienmitgliedern (H1b) oder von Freund*innen (H1c) als hilfreicher einschätzen als die Unterstützung durch psychologische Dienste, wobei für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wurde. Dabei stellte die Präferenz für die Unterstützung durch die jeweilige Quelle bei Auftreten psychischer Probleme die abhängige Variable dar, während

die Unterstützungsquelle (mit den Ausprägungen religiöse Autorität, Familienmitglieder, Freunde, psychologische Dienste) die unabhängige Variable war.

Die Hypothese H2 untersuchte den Zusammenhang zwischen Sorgen über Stigmatisierung und der Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen, ebenfalls unter Kontrolle von Alter und Bildungsgrad. Diese Hypothese wurde durch eine multiple lineare Regressionsanalyse überprüft, wobei die Präferenz für die Unterstützung durch informelle Quellen die abhängige Variable und die Sorgen über Stigmatisierung die unabhängige Variable darstellte.

Schließlich wurde Hypothese H3 getestet, die den Zusammenhang zwischen der Ursachenzuschreibung „Gottes Wille“ für die Entstehung psychischer Erkrankungen und der Präferenz für die Unterstützung durch religiöse Autoritäten untersuchte. Auch hier kam eine multiple lineare Regressionsanalyse zum Einsatz. Die abhängige Variable war hierbei die Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität und die unabhängige Variable die Ursachenzuschreibung „Gottes Wille“.

Für die Hypothesen 2 und 3 wurde ein einseitiges Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ verwendet, da die Hypothesen vorab gerichtet formuliert wurden. Für den Hypothesenblock 1 (H1a, H1b, H1c) wurde zudem eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen, weil hier drei Signifikanztests zugleich durchgeführt wurden. Dadurch hat sich das Signifikanzniveau für diese drei Hypothesen auf $\alpha = .0167$ gesenkt.

Im Rahmen der Vorbereitung der statistischen Analysen wurde eine Poweranalyse mit dem Programm G*Power (Faul et al., 2007) durchgeführt, um die erforderliche Stichprobengröße für die geplanten Tests zu bestimmen. Für die multiple lineare Regressionsanalyse wurde eine Stichprobengröße von 77 ermittelt, die notwendig ist, um einen mittelgroßen Effekt ($f^2 = .15$) bei einem Alpha-Niveau von .05 und einer statistischen Power von .80 zuverlässig nachweisen zu können. Für die Kovarianzanalyse (ANCOVA) ergab die Poweranalyse eine Stichprobengröße von 230 Teilnehmenden, um einen mittelgroßen Effekt ($f = .25$) bei einem Alpha-Niveau von .0167 und einer statistischen Power von .80 zu entdecken. Aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens und nach Absprache mit der Projektleitung wurde jedoch entschieden, die Auswertung mit einer Stichprobengröße von 153 Personen vorzunehmen.

3.6 Stichprobenbeschreibung

Die Teilnehmenden wurden nicht zufällig aus der gesamten interessierenden Population ausgewählt, sondern in psychosozialen Einrichtungen, Sprachzentren und gemeinnützigen Vereinen rekrutiert, da dort die Zugänglichkeit zur Zielgruppe erleichtert war. Aus diesem Grund handelt es sich hierbei um eine Gelegenheitsstichprobe. Daher ist auch von einer Selbstselektion der Teilnehmenden auszugehen, da nur jene Personen erreicht wurden, die die Angebote solcher Einrichtungen nutzen und an einer Studienteilnahme interessiert sind.

Eine Person wurde ausgeschlossen, da sie sich zum Testzeitpunkt bereits seit 81 Monaten in Österreich aufhielt. Eine Person zeigte ein unplausibles Antwortverhalten, indem sie in mehreren Fragebögen immer dieselbe Zahl ankreuzte. Dieses Antwortmuster kann auf Defizite in der Motivation oder einem Mangel an Verständnis für die gestellten Fragen liegen und kann zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen (Steiner & Benesch, 2021). Deshalb wurde auch dieser Teilnehmer von der Auswertung ausgeschlossen. Somit ergab sich für die vorliegende Masterarbeit eine finale Stichprobengröße von 153 Personen.

Insgesamt betrug der Anteil der weiblichen Teilnehmenden 15.7 % ($n = 24$), während der Anteil der männlichen Teilnehmenden 84.3 % ($n = 129$) umfasste. Diese Verteilung spiegelt sich in der österreichischen Asylantragsstatistik wider, in der ein Frauenanteil von 17.8 % registriert wurde (Bundesministerium für Inneres [BMI], 2024).

Das Durchschnittsalter der untersuchten Stichprobe lag bei 33.34 Jahren ($SD = 10.34$ Jahre, Spannweite 18 – 64). Auch in der nationalen Statistik stellt die Altersgruppe der 18- bis 35-Jährigen mit einem Anteil von 52.3 % die Mehrheit der Asylsuchenden dar (BMI, 2024).

In Bezug auf den Bildungsgrad lässt sich festhalten, dass eine Mehrheit von 59.4 % der Befragten eine abgeschlossene höhere Schulbildung aufwies, welche in etwa der österreichischen Matura entspricht, oder eine akademische Ausbildung vorzuweisen hatte. Ein Vergleich mit Daten aus Syrien vor dem Ausbruch des Bürgerkriegs zeigt, dass der Anteil der Bevölkerung im Alter ab 25 Jahren mit mindestens abgeschlossener höherer Schulbildung bei 21.9 % lag (World Bank Open Data, 2024). In Relation dazu haben 37 % der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren eine Matura oder einen Hochschulabschluss (Statistik Austria, 2024). Dies lässt den Schluss zu, dass die hier vorliegende Stichprobe sowohl im Vergleich zur syrischen als auch zur österreichischen Bevölkerung einen erheblich höheren Bildungsstand aufweist.

Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich die Teilnehmenden im Durchschnitt seit 10 Monaten in Österreich. Die Aufenthaltsdauer reichte von weniger als einem Monat (keine genaue Zeitangabe vorhanden) bis zu maximal 36 Monaten. Die Fluchtdauer zum Zielland betrug im Schnitt 16 Monate. Nur 26.4% ($n = 32$) der Personen gaben an, dass sich ihr*e Ehepartner*in in Österreich befindet, während 69.3% ($n = 106$) der Personen angaben, dass sich ihre Verwandten oder Eltern nicht in Österreich aufhalten. Weitere soziodemographische Daten sind aus Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1*Soziodemographische Daten der Teilnehmenden*

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Bildungsgrad		
Hochschulabschluss	40	27
Abitur	48	32.4
Real- / Hauptschulabschluss	13	8.8
Volks-/ Grundschulabschluss	20	13.5
kein Abschluss	21	14.2
Familienstand		
In Partnerschaft	94	64.4
Single	46	31.5
Anderes	6	4.1
Religion		
Islam	145	95.4
Anderes	7	4.6
Deutschkenntnisse		
gar nicht	31	20.7
ein wenig	85	56.7
mittelmäßig	23	15.3
gut	11	7.3
Aufenthaltsstatus		
Verfahrenskarte	3	2
Aufenthaltsgestattung	55	36.9
Aufenthaltsgenehmigung	75	50.3
Subsidiärer Schutz	5	3.4
Duldung	1	.7

Anmerkung. *n* = Stichprobengröße (153).

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive und explorative Analysen

Für die in dieser Masterarbeit untersuchten Variablen wurden deskriptive Analysen wie die Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen durchgeführt. Darüber hinaus wurde zu explorativen Zwecken eine Korrelationsmatrix erstellt, um die Zusammenhänge zwischen den relevanten Variablen zu untersuchen. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Im Rahmen der soziodemografischen Erhebungen zu Beginn der Fragebogenbatterie wurden drei Items erhoben, die zwar für die Hypothesentests nicht relevant sind, jedoch für das Thema dieser Masterarbeit von Interesse und Bedeutung. Diese Items erfassen die persönliche Bedeutung von Religion und Glauben der Teilnehmenden. Die Auswertung bietet einen ersten Überblick über das religiöse Selbstverständnis sowie die Relevanz des Glaubens innerhalb der Stichprobe und dient der Kontextualisierung der nachfolgenden Analysen. Das erste Item erhebt, inwieweit sich die Befragten selbst als religiös betrachten und welche Formen der religiösen Praxis sie ausüben. Insgesamt gaben 17.5 % der Befragten an, dass sie religiös sind und regelmäßig eine Kirche oder Moschee besuchen, um ihren religiösen Verpflichtungen nachzugehen. Die Mehrheit der Befragten (52.4 %) bezeichneten sich als gläubig, verfolgt jedoch ihre religiösen Praktiken als Einzelperson, ohne institutionelle Teilnahme. Weitere 23.8 % der Befragten glauben zwar an Gott, sehen sich aber nicht als religiös geprägt. Nur 1.3 % identifizieren sich als spirituell, jedoch nicht religiös, und 4.9 % der Befragten betrachten sich als nicht religiös geprägt. Das zweite Item lautet folgendermaßen *„Mein Glaube gibt mir in schwierigen Situationen Kraft/ Ich vertraue darauf, dass mein Gott mich leitet“*. Etwa 30.6 % der Befragten stimmten dieser Aussage vollkommen und 46.9 % eher zu. Nur 4.8 % der Befragten stimmten dieser Aussage eher nicht oder überhaupt nicht zu, während 8.8 % „teils-teils“ ankreuzten und weitere 8.8% keine Angabe machten. Mit dem dritten Item wurde die Bedeutung des Glaubens an Gott für die Befragten untersucht. Die Mehrheit der Teilnehmenden (75 %) gab an, dass ihr Glaube sehr wichtig ist, während 8.8 % ihn als eher wichtig einschätzen. Ein kleinerer Teil der Befragten (4.1 %) sieht den Glauben als eher unwichtig an und 12.2 % machten keine Angabe.

Das Antwortverhalten der Teilnehmenden beim Item *"Gottes Wille"* wurde untersucht, um zu erfassen, in welchem Ausmaß die Befragten der Aussage zustimmten, dass die Entstehung psychischer Erkrankungen auf den Willen Gottes zurückzuführen ist. Dieser

Aussage stimmten 21.8% der Teilnehmenden voll und ganz zu, 35.9 % stimmten dieser Aussage zu. Demgegenüber kreuzten 16.9% „*stimmt nicht*“ an und 10.6% „*stimmt überhaupt nicht*“. 14.8% der Befragten gaben „*weder noch*“ an. Das Antwortverhalten bezüglich des Items „*Gottes Wille*“ unterschied sich nicht wesentlich zwischen den Teilnehmenden, welche die Fallvignette zu Depressionen erhalten haben und jenen, denen die Fallvignette zu PTBS vorgelegt wurde (prozentuale Verteilungen siehe Anhang C). Eine detaillierte Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens der Teilnehmenden beim GHSQ (Wilson et al., 2005) in Bezug darauf, wie hilfreich die Unterstützung der jeweiligen Quelle bei der Bewältigung psychischer Probleme eingeschätzt wird, findet sich im Anhang D.

Die Korrelationsmatrix zeigt eine signifikant schwach negative Korrelation ($r = -.24$) zwischen dem Alter und der Präferenz für informelle Quellen (Familie, Freund*innen und religiöse Autorität). Dies impliziert, dass mit steigendem Alter die Präferenz für die Unterstützung durch informelle Quellen abnimmt. Hervorzuheben ist auch die signifikant schwach negative Korrelation zwischen dem Bildungsgrad und der Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität ($r = -.18$) sowie der Ursachenzuschreibung Gottes Wille ($r = -.19$). Dies lässt darauf schließen, dass syrische Geflüchtete, die einen höheren Bildungsgrad aufweisen, religiöse Autoritäten weniger häufig als Unterstützungsquelle in Betracht ziehen und seltener annehmen, dass die Entstehung psychischer Erkrankungen auf den Willen Gottes zurückzuführen ist. Des Weiteren lässt sich anhand der Korrelationsmatrix erkennen, dass die verschiedenen Unterstützungsquellen signifikant (schwach bis sehr hoch) positiv miteinander korrelieren. Dies bedeutet, dass syrische Geflüchtete, welche die Unterstützung einer der abgefragten Quellen als hilfreich einschätzen, auch die anderen Unterstützungsquellen als hilfreich erachten. Schließlich zeigt sich eine signifikant schwach positive Korrelation zwischen der Präferenz für religiöse Autoritäten und der Ursachenzuschreibung Gottes Wille ($r = .20$). Folglich neigen syrische Geflüchtete, die religiöse Autoritäten als hilfreiche Unterstützungsquelle einschätzen, eher dazu, psychische Erkrankungen dem Willen Gottes zuzuschreiben.

Tabelle 2*Deskriptive Statistik und Korrelationsmatrix der Studienvariablen*

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Alter in Jahren	149	33.34	10.34	–								
2. Bildungsgrad ^a	148	–	–	.06	–							
3. Sorgen über Stigmatisierung ^b	137	21.71	6.25	-.12	.11	–						
4. Unterstützung psychologische Dienste ^c	140	4.74	1.82	-.05	.02	.09	–					
5. Unterstützung informelle Quellen ^c	131	4.81	1.42	-.24**	-.06	-.02	.39**	–				
6. Unterstützung Familienmitglied ^c	137	5.16	1.60	-.22**	-.01	.03	.42**	.95**	–			
7. Unterstützung Freunde ^c	144	4.65	1.78	-.17*	.14	-.04	.29**	.72**	.58**	–		
8. Unterstützung religiöse Autorität ^c	143	3.64	1.91	-.23**	-.18*	-.06	.30**	.70**	.53**	.34**	–	
9. Gottes Wille ^d	142	3.42	1.29	.03	-.19*	-.04	-.00	.17	.13	-.01	.20*	–

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

p* < .05. *p* < .01.

^a Bildungsgrad als dummy-kodierte Variable, wobei der Wert 0 für Volksschulabschluss, Hauptschulabschluss oder kein Abschluss steht und der Wert 1 für Matura oder Hochschulabschluss.

^b die Werte können von 0 bis 32 reichen, wobei höhere Werte für geringere Sorgen bezüglich Stigmatisierung stehen.

^c die Werte können von 1 bis 7 reichen, wobei höhere Werte für eine stärkere Präferenz stehen.

^d die Werte können von 1 bis 5 reichen, wobei höhere Werte für eine stärkere Zustimmung, dass Gottes Wille für die Entstehung psychischer Erkrankungen verantwortlich ist, stehen.

4.2 Fragestellung 1

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung „Bevorzugen syrische Geflüchtete bei psychischer Belastung die Unterstützung von informellen Quellen (religiöse Autorität, Familie, Freund*innen) gegenüber der Unterstützung von formellen Quellen (professionelle psychologische Hilfe)?“ wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Messwiederholung und geplanten Kontrasten durchgeführt. Die Stichprobe umfasst für diese Fragestellung 114 Personen.

Im Vorfeld wurden die notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung einer ANCOVA überprüft. (1) Für die Unabhängigkeit der Messungen wurde sichergestellt, dass keine Person mehrmals an der Befragung teilnahm, sodass dahingehend von einer Unabhängigkeit der Antworten ausgegangen werden kann. Allerdings konnte ein potenzieller Einfluss durch Verwandtschaftsverhältnisse oder gemeinsames Wohnen nicht gänzlich ausgeschlossen werden. (2) In Anbetracht der Verwendung von Mittelwert-Indizes sowie Likert-Skalen wurde die abhängige Variable (die Präferenz für die Unterstützung durch die jeweilige Quelle) als intervallskaliert angenommen; (3) die unabhängige Variable (Unterstützungsquelle) war nominalskaliert. (4) Die Kovariate Alter war intervallskaliert, die Kovariate Bildungsgrad wurde Dummy-kodiert und war demnach dichotom. (5) Die Homogenität der Regressionssteigungen wurde mittels Streudiagrammen überprüft und ergab eine Verletzung dieser Annahme. Dies wurde jedoch durch die Modellierung der Interaktionen der Kovariaten mit der unabhängigen Variablen berücksichtigt. (6) Die für diese Fragestellung relevanten Daten wurden mithilfe der Cook-Distanz und Hebelwerte auf multivariate Ausreißer hin untersucht. Es wurden keine Ausreißer gefunden. (7) Da die Stichprobe weit größer als 30 Personen war, konnte gemäß dem zentralen Grenzwertsatz von einer Normalverteilung der zu schätzenden Regressionskoeffizienten ausgegangen werden. Eine explizite Überprüfung der Normalverteilung war daher nicht notwendig. (8) Bezüglich der paarweisen Kontraste war die Prüfung der Sphärizität nicht erforderlich, da lediglich zwei Messzeitpunkte pro Test berücksichtigt wurden.

Der Mauchly-Test auf Sphärizität zeigte, dass die Sphärizitätsannahme verletzt war (aufgrund eines Epsilon-Wertes größer als .75). Daher wurde die Huynh-Feldt-Korrektur zur Anpassung der Varianzinhomogenität herangezogen.

4.2.1 Hypothese 1a: religiöse Autorität und psychologische Dienste im Vergleich

Die erste Hypothese der ersten Fragestellung lautet, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung einer religiösen Autorität als hilfreicher einschätzen als die Unterstützung von psychologischen Diensten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

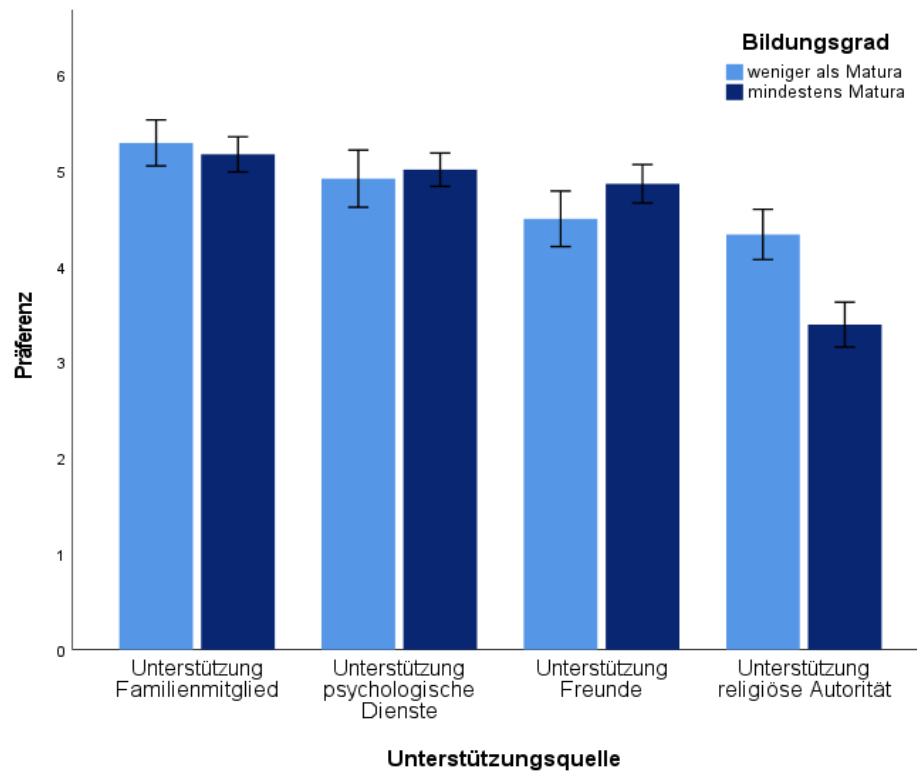
Die Kovarianzanalyse zeigte keinen signifikanten Haupteffekt der Unterstützungsquelle ($F(1, 114) = 0.708, p = .201, \alpha = .0167, \eta^2_p = .006$). Die Nullhypothese, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung einer religiösen Autorität als nicht hilfreicher einschätzen als die Unterstützung durch psychologische Dienste, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird, wird beibehalten. In den hier vorliegenden Daten konnte kein Beleg dafür gefunden werden, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung einer religiösen Autorität gegenüber der Unterstützung von psychologischen Diensten bevorzugen.

Es wurde keine signifikante Wechselwirkung zwischen Unterstützungsquelle und Alter ($F(1, 114) = 3.614, p = .030, \alpha = .0167, \eta^2_p = .031$) gefunden. Eine signifikante Wechselwirkung zwischen Unterstützungsquelle und Bildungsgrad ($F(1, 114) = 6.096, p = .008, \alpha = .0167, \eta^2_p = .051$) konnte jedoch festgestellt werden. Das bedeutet, dass syrische Geflüchtete mit einem niedrigeren Bildungsgrad (Volksschulabschluss, Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss) die Unterstützung einer religiösen Autorität im Vergleich zu jenen mit Matura oder Hochschulabschluss signifikant stärker bevorzugen als die Unterstützung von psychologischen Diensten.

In Abbildung 2 werden die Mittelwerte der Präferenz für die verschiedenen Unterstützungsquellen je nach Bildungsgrad dargestellt.

Abbildung 1

Präferenz für die unterschiedlichen Unterstützungsquellen je nach Bildungsgrad.



Anmerkung. Die Präferenz für die jeweilige Unterstützungsquelle wird anhand der entsprechenden Mittelwerte (siehe Tabelle 1) angegeben. Fehlerbalken stellen den Standardfehler dar.

4.2.2 Hypothese 1b: Familienmitglied und psychologische Dienste im Vergleich

Die zweite Hypothese der ersten Fragestellung lautet, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung von einem Familienmitglied als hilfreicher einschätzen als die Unterstützung von psychologischen Diensten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse weisen auf einen signifikanten Haupteffekt der Unterstützungsquelle mit einem mittelgroßen Effekt hin ($F(1, 114) = 6.957, p = .005, \alpha = .0167, \eta^2_p = .058$). Die Nullhypothese, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung eines Familienmitglieds als nicht hilfreicher einschätzen als die Unterstützung durch psychologische Dienste, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird, wird verworfen. Die hier erhobenen Daten liefern somit einen Hinweis dafür, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung durch ein Familienmitglied als signifikant hilfreicher einschätzen als die Unterstützung von psychologischen Diensten.

Es wurde keine signifikante Wechselwirkung zwischen Unterstützungsquelle und Bildungsgrad ($F(1, 114) = 0.193, p = .331, \alpha = .0167, \eta^2_p = .002$) festgestellt. Es konnte jedoch eine signifikante Wechselwirkung zwischen Unterstützungsquelle und Alter ($F(1, 114) = 5.166, p = .013, \alpha = .0167, \eta^2_p = .043$) nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass mit steigendem Alter der syrischen Geflüchteten die Unterstützung durch ein Familienmitglied als immer weniger hilfreich bewertet wird. In der Konsequenz erachten ältere syrische Geflüchtete die Unterstützung durch psychologische Dienste als hilfreicher als die Unterstützung durch ein Familienmitglied.

4.2.3 Hypothese 1c: Freund*innen und psychologische Dienste im Vergleich

Die dritte Hypothese der ersten Fragestellung lautet, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung von Freund*innen als hilfreicher einschätzen als die Unterstützung von psychologischen Diensten, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

Die Kovarianzanalyse zeigte keinen signifikanten Haupteffekt der Unterstützungsquelle ($F(1, 114) = 0.560, p = .228, \alpha = .0167, \eta^2_p = .005$). Die Nullhypothese, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung von Freund*innen als nicht hilfreicher einschätzen als die Unterstützung durch psychologische Dienste, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird, wird beibehalten. In den hier gesammelten Daten konnte keine Evidenz dafür gefunden werden, dass syrische Geflüchtete die Unterstützung von Freund*innen der Unterstützung von psychologischen Diensten gegenüber vorziehen.

Es wurden keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Unterstützungsquelle und Alter ($F(1, 114) = 2.304, p = .066, \alpha = .0167, \eta^2_p = .020$) oder Bildungsgrad ($F(1, 114) = 0.572, p = .226, \alpha = .0167, \eta^2_p = .005$) gefunden.

4.3 Fragestellung 2

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung „Wie hängen Sorgen über Stigmatisierung bei syrischen Geflüchteten mit der Präferenz für Hilfe von informellen Quellen bei psychischer Belastung zusammen?“ wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Der Stichprobenumfang beträgt für diese Fragestellung 108 Personen.

Die Voraussetzungen für die Durchführung einer multiplen linearen Regression wurden vorab geprüft. (1) Die Überprüfung des linearen Zusammenhangs zwischen den Variablen mittels Streudiagramm zeigte eine leichte Verletzung der Linearitätsannahme. Zur Modellierung eines potenziellen nichtlinearen Effekts wurde daher ein quadratischer Term

für die Variable „Sorgen über Stigmatisierung“ in das Regressionsmodell aufgenommen. Dieser quadratische Term erwies sich jedoch als nicht signifikant und wurde daraufhin wieder aus der Analyse entfernt. (2) Die Untersuchung auf Ausreißer mithilfe der Hebelwerte und der Cook-Distanz ergab keine auffälligen Werte. (3) Um die Unabhängigkeit der Messungen zu gewährleisten, wurde sichergestellt, dass keine Person mehrmals an der Befragung teilnahm. Allerdings konnte auch hier ein potenzieller Einfluss durch Verwandtschaftsverhältnisse oder gemeinsames Wohnen nicht gänzlich verhindert werden. (4) Die Multikollinearität der einzelnen Prädiktoren wurde anhand der Pearson-Korrelation überprüft. Die Korrelationen zwischen Alter, Bildung und Stigma blieben unter dem Schwellenwert von $r = .8$, was auf das Fehlen von Multikollinearität hinweist. (5) Die Annahme der Homoskedastizität wurde anhand eines Streudiagramms überprüft. Die Streuung der Residuen war gleichmäßig verteilt, sodass von einer Gleichheit der Varianzen ausgegangen werden kann. (6) Aufgrund der großen Stichprobengröße ($n > 30$) kann gemäß dem zentralen Grenzwertsatz von einer Normalverteilung ausgegangen werden.

4.3.1 Hypothese 2: Stigmatisierung und informelle Quellen

Die Hypothese der zweiten Fragestellung lautet, dass Sorgen über Stigmatisierung im positiven Zusammenhang mit der Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen stehen, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

Das Regressionsmodell war insgesamt signifikant ($F(3, 104) = 3.204, p = .013$) und erklärte 8.5 % der Varianz ($R^2 = .085$, korrigiertes $R^2 = .058$). Dies deutet auf eine geringe bis moderate Anpassungsgüte des Modells hin (Cohen, 2013). Die Sorgen über Stigmatisierung konnten die Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen nicht signifikant vorhersagen ($b = -0.005, p = .417$). Die Nullhypothese, dass Sorgen über Stigmatisierung nicht im positiven Zusammenhang mit der Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen stehen, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird, wird demnach beibehalten. Die Kontrollvariable Bildungsgrad trug ebenfalls nicht signifikant zur Erklärung des Modells bei ($b = -0.373, p = .093$). Die Kovariate Alter zeigte jedoch einen signifikanten negativen Einfluss auf die Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen ($b = -0.035, p = .005$). Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Präferenz für die Unterstützung durch informelle Quellen (Freund*innen, Familie, religiöse Autorität) tendenziell abnimmt.

Die Tabelle 3 fasst die Ergebnisse der Regressionsanalyse zusammen.

Tabelle 3*Multiple lineare Regression: Stigmatisierung und informelle Quellen*

Variable	b	SE	β	t	p	95% Konfidenzintervalle
Konstante	6.34	0.68		9.31	<.001	[4.99; 7.69]
Sorgen über Stigmatisierung	-0.01	0.02	-0.02	-0.21	.417	[-0.05; 0.03]
Bildungsgrad	-0.37	0.28	-0.13	-1.33	.093	[-0.92; 0.18]
Alter in Jahren	-0.04	0.01	-0.25	-2.63	.005	[-0.06; -0.02]

Anmerkung. Abhängige Variable = Präferenz für Unterstützung von informellen Quellen.

n = 108, $R^2 = .085$, korrigiertes $R^2 = .058$, $F(3, 104) = 3.204$, $p = .013$

4.4 Fragestellung 3

Zur Beantwortung der dritten Fragestellung „Wie hängen bei syrischen Geflüchteten Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit der Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität bei psychischer Belastung zusammen?“ wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Der Umfang der Stichprobe beläuft sich für diese Fragestellung auf 123 Personen.

Zuvor wurde geprüft, ob die Voraussetzungen vorliegen, um eine multiple lineare Regression durchzuführen. (1) Der lineare Zusammenhang zwischen den Variablen, welcher mittels Streudiagramm überprüft wurde, kann angenommen werden. (2) Die Ausreißeranalyse mithilfe der Cook-Distanz und der Hebelwerte ergab keine auffälligen Werte. (3) Zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der Messungen wurde verhindert, dass Personen mehrfach an der Befragung teilnahmen. Ein Einfluss durch Verwandtschaftsverhältnisse oder gemeinsames Wohnen konnte hier dennoch auch nicht vollständig ausgeschlossen werden. (4) Multikollinearität zwischen den Prädiktoren wurde mittels Pearson-Korrelation getestet und konnte ausgeschlossen werden. (5) Die Voraussetzung der Homoskedastizität kann nach Überprüfung des Streudiagramms als erfüllt

angesehen werden. (6) Aufgrund der ausreichend großen Stichprobengröße ($n > 30$) kann basierend auf dem zentralen Grenzwertsatz davon ausgegangen werden, dass die Residuen annähernd normalverteilt sind.

4.4.1 Hypothese 3: Gottes Wille und religiöse Autoritäten

Die Hypothese der dritten Fragestellung lautet, dass Gottes Wille als Ursache für die Entstehung psychischer Erkrankungen anzugeben im positiven Zusammenhang mit der Präferenz für die Unterstützung von religiösen Autoritäten steht, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird.

Das Regressionsmodell war insgesamt signifikant ($F(3, 119) = 5.793, p = < .001$) und erklärte 12.7 % der Varianz ($R^2 = .127$, korrigiertes $R^2 = .105$). Dies deutet auf eine moderate Anpassungsgüte des Modells hin (Cohen, 2013). Die Ursachenzuschreibung „Gottes Wille“ konnte die Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität signifikant vorhersagen ($b = .222, p = .044$). Die Nullhypothese, dass Gottes Wille nicht als Ursache für die Entstehung psychischer Erkrankungen anzugeben im positiven Zusammenhang mit der Präferenz für die Unterstützung von religiösen Autoritäten steht, wenn für Alter und Bildungsgrad kontrolliert wird, kann demnach verworfen werden. Die Kovariate Bildungsgrad zeigte zudem einen negativen signifikanten Einfluss auf die Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität ($b = -.683, p = .025$). Dies deutet darauf hin, dass syrische Geflüchtete mit einem höheren Bildungsgrad (Matura oder Hochschulabschluss) im Vergleich zu Teilnehmenden mit einem niedrigeren Bildungsgrad eine geringere Präferenz für die Unterstützung durch religiöse Autoritäten aufweisen. Auch die Kontrollvariable Alter trug signifikant zur Erklärung des Modells bei ($b = -.049, p = .002$). Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität abnimmt.

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse der Regressionsanalyse dargestellt.

Tabelle 4*Multiple lineare Regression: Gottes Wille und religiöse Autoritäten*

Variable	b	SE	β	t	p	95% Konfidenzintervalle
Konstante	4.94	0.72		6.82	<.001	[3.51; 6.37]
Gottes Wille	0.22	0.13	0.15	1.72	.044	[-0.04; 0.48]
Bildungsgrad	-0.68	0.34	-0.17	-1.99	.025	[-1.35; -0.01]
Alter in Jahren	-0.05	0.02	-0.26	-3.04	.002	[-0.09; -0.01]

Anmerkung. Abhängige Variable = Präferenz für Unterstützung von religiöser Autorität.n = 123, $R^2 = .127$, korrigiertes $R^2 = .105$, $F(3, 119) = 5.793$, $p = < .001$

5 Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit hatte zum Ziel, die Präferenzen syrischer Geflüchteter in Österreich hinsichtlich unterschiedlicher Formen von Unterstützung bei psychischen Belastungen zu untersuchen. Insbesondere wurde geprüft, ob informelle Unterstützungsquellen (Familie, Freund*innen, religiöse Autorität) gegenüber formellen Unterstützungsquellen (psychologische Dienste) bevorzugt werden. Darüber hinaus wurde untersucht, ob Sorgen über Stigmatisierung und religiöse Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit der Präferenz für bestimmte Unterstützungsquellen in Zusammenhang stehen. Das Alter sowie der Bildungsgrad der Befragten wurde bei allen Fragestellungen in Form von Kovariaten berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Studie widersprechen teilweise den aufgestellten Hypothesen der ersten Fragestellung. Es konnte keine allgemeine stärkere Präferenz syrischer Geflüchteter für informelle Quellen gegenüber psychologischen Diensten nachgewiesen werden. Es zeigte sich zwar, dass die Unterstützung durch ein Familienmitglied (H1b) als signifikant hilfreicher bewertet wird als psychologische Hilfe, jedoch konnte hinsichtlich der Unterstützung von einer religiösen Autorität (H1a) oder von Freund*innen (H1c) diesbezüglich kein

signifikanter Unterschied festgestellt werden. Eine detaillierte Auswertung der Daten ergab darüber hinaus eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Bildungsgrad der Befragten und der Präferenz für die Unterstützung durch religiöse Autoritäten. Dies lässt den Schluss zu, dass Geflüchtete mit einem niedrigen Bildungsgrad (kein Abschluss, Volksschulabschluss oder Hauptschulabschluss) religiöse Autoritäten stärker bevorzugen als jene mit höherem Bildungsgrad (Matura oder Hochschulabschluss). Des Weiteren konnte eine signifikante Interaktion zwischen der Unterstützung durch Familienmitglieder und dem Alter festgestellt werden. Mit steigendem Alter syrischer Geflüchteter nahm demnach die Präferenz für familiäre Unterstützung ab. Folglich wurden psychologische Dienste im höheren Alter als hilfreicher als die Unterstützung von Familie eingeschätzt.

Die Annahme der zweiten Fragestellung, dass Sorgen über Stigmatisierung mit einer stärkeren Präferenz für informelle Unterstützungsquellen einhergehen, konnte durch die Untersuchung nicht beibehalten werden. Stattdessen wurde ein negativer Zusammenhang zwischen dem Alter syrischer Geflüchteter und der Präferenz für informelle Unterstützung festgestellt. Demnach nimmt die Präferenz für informelle Unterstützungsquellen mit zunehmendem Alter ab.

Die Untersuchung der dritten Fragestellung führte hingegen zu dem erwarteten Ergebnis. Je stärker syrische Geflüchtete davon überzeugt waren, dass psychische Erkrankungen auf den Willen Gottes zurückzuführen sind, desto stärker war auch die Präferenz für die Unterstützung durch religiöse Autoritäten. Gleichzeitig konnten signifikante Effekte hinsichtlich des Bildungsgrades sowie des Alters der Stichprobe festgestellt werden, was teilweise mit den Ergebnissen der ersten Fragestellung übereinstimmt. Personen mit höherem Bildungsgrad sowie ältere Geflüchtete bewerteten die Unterstützung einer religiösen Autorität als weniger hilfreich.

5.1 Soziodemografische Variablen und deskriptive Statistik

Im Folgenden werden die für die Diskussion der Hypothesen relevanten soziodemografischen Merkmale sowie zentrale Befunde der deskriptiven Analyse dargestellt und mit bestehenden Forschungsergebnissen in Beziehung gesetzt.

Die Stichprobe der vorliegenden Masterarbeit setzte sich zum überwiegenden Teil aus männlichen Studienteilnehmern zusammen, was der Geschlechterverteilung der österreichischen Asylantragsstatistik entspricht. (BMI, 2024). Zudem weist die hier vorliegende Stichprobe sowohl im Vergleich zur syrischen (World Bank Open Data, 2024)

als auch zur österreichischen (Statistik Austria, 2024) Bevölkerung einen erheblich höheren Bildungsstand auf.

Darüber hinaus legen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nahe, dass die Mehrheit der Befragten religiös oder spirituell orientiert ist. Der Glaube stellt für viele einen zentralen Lebensbestandteil dar und wird als wichtige Ressource in herausfordernden Lebenssituationen angesehen. Die Befragten praktizieren ihren Glauben in Österreich jedoch eher im privaten Kontext und weniger in öffentlichen Einrichtungen wie einer Moschee. Diese Befunde stehen im Einklang mit den Ergebnissen der Studie von Rayes et al. (2021), die syrische und irakische Geflüchtete in Deutschland untersuchten. Auch dort zeigte sich, dass religiöse Praktiken für viele der Befragten eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Problemen spielen. Gleichzeitig wurde jedoch eine geringere Hinwendung zu offiziellen religiösen Institutionen als im Herkunftsland festgestellt. Als Gründe hierfür wurden unter anderem Veränderungen im Engagement für Glaubenspraktiken aber auch der eingeschränkte Zugang zu einer arabischsprachigen Moschee oder einer Moschee der eigenen islamischen Glaubensrichtung genannt. Vor allem in ländlichen Regionen wie Traiskirchen, wo viele Befragungen für die vorliegende Masterarbeit durchgeführt wurden, ist die Verfügbarkeit, der Zugang und die Erreichbarkeit einer geeigneten Moschee zusätzlich erschwert.

Die Relevanz von Religion für die Studienteilnehmenden zeigte sich auch in Bezug auf die Ätiologie psychischer Erkrankungen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden gaben an, dass diese auf den Willen Gottes zurückgeführt werden können. In einer Studie mit arabischen Teilnehmenden konnten vergleichbare Ergebnisse beobachtet werden (Bener & Ghuloum, 2011). Dabei zeigte sich, dass die Überzeugung, psychische Erkrankungen seien eine Strafe Gottes, bei Personen mit niedrigerem Bildungsgrad stärker ausgeprägt war als bei Personen mit höherem Bildungsgrad. Dies entspricht den Ergebnissen der vorliegenden Masterarbeit sowie bisherigen Studien (Al-Krenawi et al., 2000; Byrow et al., 2020), wonach ein höherer Bildungsgrad mit einer geringeren religiösen Ursachenzuschreibung einhergeht. Die Ergebnisse deuten demnach darauf hin, dass religiöse Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit steigendem Bildungsgrad zwar abnehmen, in arabischen Kulturen jedoch nach wie vor stark vertreten sind.

Des Weiteren sind die deskriptiven Ergebnisse hinsichtlich der Sorgen über Stigmatisierung zu erwähnen. Im Vergleich zu einer kanadischen Stichprobe (Mackenzie et al., 2006) und österreichischen Überlebenden institutionellen Missbrauchs (Kantor et al., 2017) wiesen die hier untersuchten Personen größere Sorgen hinsichtlich der potenziellen Stigmatisierung aufgrund des Aufsuchens psychologischer Unterstützung auf. Geflüchtete

haben, ähnlich wie Personen, die Opfer institutionellen Missbrauchs wurden, häufig potenziell traumatische Erfahrungen gemacht (Blackmore et al., 2020; Kohlenberger, 2019). Dennoch wird professionelle Hilfe von beiden Gruppen nur zögerlich in Anspruch genommen (Harris et al., 2021; Kantor et al., 2017). Die ausgeprägteren Sorgen bezüglich Stigmatisierung bei syrischen Geflüchteten im Vergleich zu westlich geprägten Personen (Mackenzie et al., 2006) und österreichischen Traumaüberlebenden (Kantor et al., 2017) verdeutlichen kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Stigmatisierung psychisch Erkrankter, wie sie auch in der bisherigen Forschung aufgezeigt wurden. In arabischen Kulturen ist die öffentliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen tendenziell ausgeprägter als in westlichen Gesellschaften (Abdulla & Brown, 2011).

Weitere zentrale Befunde der deskriptiven Statistik betreffen die Präferenzen der Befragten hinsichtlich verschiedener Unterstützungsquellen bei Auftreten psychischer Beschwerden. Hier zeigte sich, dass eine stärkere Präferenz für eine bestimmte Unterstützungsquelle tendenziell mit einer stärkeren Präferenz für andere Quellen der Unterstützung einhergeht. Allerdings wurde festgestellt, dass die generelle Intention der Studienteilnehmenden, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, lediglich in geringem bis moderatem Ausmaß ausgeprägt ist. Ein Vergleich der Mittelwerte hinsichtlich der Präferenz für die jeweiligen Unterstützungsquellen resultierte in der folgenden Reihenfolge. In der Gesamtbetrachtung wurde die Unterstützung durch ein Familienmitglied als am hilfreichsten bewertet, gefolgt von psychologischen Diensten. An dritter Stelle lässt sich die Unterstützung durch Freund*innen verorten, während religiöse Autoritäten im Vergleich zu den anderen Unterstützungsquellen als die am wenigsten hilfreiche Form der Unterstützung beurteilt wurde. Auch Byrow et al. (2019) konnten in ihrer Untersuchung von Geflüchteten mittels des GHSQ (Wilson et al., 2005) aufzeigen, dass die Intention, Hilfe bei einem Familienmitglied zu suchen, im Vergleich zu anderen Unterstützungsquellen am stärksten ausgeprägt war. In einer Studie von Grupp et al. (2019) wurden in diesem Kontext Geflüchtete aus Subsahara-Afrika, welche in früheren Studien ähnlich wie arabisch-islamisch geprägte Menschen eine Präferenz für informelle Quellen der Unterstützung zeigten (Ellis et al., 2010; Fenta et al., 2006; Palmer, 2006; zitiert nach Grupp et al., 2019), und deutsche Teilnehmende ohne Fluchterfahrung befragt. Im Vergleich mit der vorliegenden Masterarbeit lassen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede hinsichtlich der Ergebnisse des GHSQ (Wilson et al., 2005) feststellen. Bei Geflüchteten aus Subsahara-Afrika wie auch bei deutschen Teilnehmenden ließ sich eine stärkere Intention, psychologische Dienste aufzusuchen, beobachten als in der hier vorliegenden Stichprobe. Die Intention, Unterstützung bei einem

Familienmitglied zu suchen, war sowohl bei Geflüchteten aus Subsahara-Afrika als auch bei deutschen Teilnehmenden geringer ausgeprägt als bei den hier untersuchten syrischen Geflüchteten. In allen drei Stichproben wurde eine ähnliche Intention deutlich, Freund*innen zurate zu ziehen. Letztlich zeigte sich, dass die Intention, Hilfe von einer religiösen Autorität in Anspruch zu nehmen, in der Stichprobe dieser Masterarbeit niedriger ausfiel als bei Geflüchteten aus Subsahara-Afrika und höher als bei deutschen Teilnehmenden. Die geringere Präferenz für die Unterstützung durch eine religiöse Autorität in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zu Geflüchteten aus Subsahara-Afrika könnte sowohl auf kulturelle Unterschiede als auch auf den hohen Bildungsgrad der hier untersuchten Gruppe zurückgeführt werden. Ein höherer Bildungsgrad geht nachweislich mit einer stärkeren Präferenz für formelle Unterstützungsangebote wie psychologische Dienste einher (Al Krenawi et al., 2000; Byrow et al., 2020; Khatib et al., 2023).

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Hypothesentests ausführlich erörtert und im Kontext einschlägiger wissenschaftlicher Studien diskutiert.

5.2 Fragestellung 1: Bevorzugen syrische Geflüchtete bei psychischer Belastung die Unterstützung von informellen gegenüber der Unterstützung von formellen Quellen?

Hinsichtlich der ersten Fragestellung konnte keine eindeutige Beantwortung erfolgen. Informelle Quellen wurden von syrischen Geflüchteten nicht gänzlich, sondern lediglich zum Teil gegenüber formellen Quellen der Unterstützung präferiert. Diese Ergebnisse weichen teilweise von früheren Studien in diesem Bereich ab, die sowohl bei gemischten Geflüchtetenpopulationen (Byrow et al., 2020; Markova et al., 2020) als auch bei arabischen Bevölkerungsgruppen (Al-Ali et al., 2017; Baltimore, 2023; Krstanoska-Blazeska et al., 2021) eine Präferenz für informelle Unterstützung beobachten konnten. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass in bisherigen Untersuchungen keine durchgängig negative Bewertung professioneller Dienste durch Geflüchtete festgestellt wurde. Stattdessen konnte häufig eine komplementäre Nutzung sowohl informeller als auch formeller Quellen der Unterstützung beobachtet werden (Al-Dousari & Prior, 2020; Al-Laham et al., 2020; Al-Krenawi & Graham, 2000; Harris et al., 2021).

In der Forschungsliteratur wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die Präferenz für bestimmte Formen von Hilfe und Problembewältigung in hohem Maße kontextabhängig ist (Aarethun et al., 2021; Harris et al., 2021). Die Erfahrung von Flucht und das Ankommen

in einem fremden Land sind mit zahlreichen Stressoren verbunden, die in dieser Intensität zuvor noch nicht erlebt wurden (Zehetmair et al., 2021). Infolge der potenziell daraus resultierenden hohen psychischen Belastung sowie des gleichzeitigen Wegfalls des vertrauten sozialen Netzwerks im Zielland, könnte professionelle Hilfe erstmals als notwendig und unverzichtbar wahrgenommen werden (Rayes et al., 2021; Zehetmair et al., 2021). Dies entspricht der Beobachtung, dass arabisch geprägte Personen psychologische Behandlungen eher akzeptieren, wenn die Symptome eine Intensität erreichen, die im informellen Kontext nicht mehr bewältigt werden kann (Al-Laham et al., 2020; Nasir & Al-Qutob, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010; Youssef & Deane, 2006). Die Familie stellt sowohl in der Forschungsliteratur als auch in der vorliegenden Masterarbeit die am stärksten präferierte Anlaufstelle bei psychischen Problemen dar. Khatib und Kolleg*innen (2023) konnten in ihrem systematischen Review zum Hilfesuchverhalten arabischer Populationen aufzeigen, dass die Rolle der Familie bei der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe ambivalent ist. Einerseits wurde in einigen Studien darauf hingewiesen, dass Familienangehörige Betroffene aktiv davon abhalten, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, beispielsweise aus Angst vor Stigmatisierung oder aufgrund kultureller und gesellschaftlicher Normen (Khatib et al., 2023). Andere Untersuchungen zeigten jedoch, dass Familien in diesem Zusammenhang auch eine förderliche Funktion einnehmen können, indem sie Angehörige ermutigen sich professionelle Hilfe zu suchen (Khatib et al., 2023). Folglich könnten Familienmitglieder, insbesondere unter Berücksichtigung der Fluchterfahrung und bei Wahrnehmung der Schwere der Symptomatik, auch aus der Ferne ihren Angehörigen dazu raten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren sind Gesundheit und Krankheit sowie das damit einhergehende Hilfesuchverhalten von den kulturellen und sozialen Systemen abhängig, in denen Personen leben (Grupp et al., 2019; Helman, 2001). Da die Flucht von einem arabischen in ein westliches Land mit einer Veränderung der vorherrschenden Kultur einhergeht, kann es demnach auch zu einer Veränderung der bevorzugten Unterstützungsquellen kommen, da bei einer längeren Aufenthaltsdauer in einem Land häufig eine kulturelle Anpassung an die jeweilige vorherrschende Kultur stattfindet (Aarethun et al., 2021; Khatib et al., 2023; Manhica et al., 2017). Eine Kumulation all dieser Faktoren könnten dazu beitragen, dass psychologische Unterstützung von syrischen Geflüchteten im Zielland stärker präferiert wird als im Herkunftsland.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu jeder Hypothese (Unterstützung durch Familienmitglieder, Freund*innen und religiöse Autoritäten) einzeln betrachtet, um die Befunde differenziert zu diskutieren.

5.2.1 Präferenz für die Unterstützung durch Familienmitglieder

Die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit stützen die Hypothese, dass syrische Geflüchtete bei Auftreten psychischer Beschwerden die Unterstützung von Familienmitgliedern als hilfreicher einschätzen als die von psychologischen Diensten, unter Kontrolle des Bildungsgrads. Dies deckt sich mit zahlreichen Studien, die zeigen, dass Menschen aus arabischen Ländern vor allem auf familiäre oder gemeinschaftliche Unterstützung zurückgreifen, wenn sie psychische Symptome entwickeln (Al-Krenawi & Graham, 2000; Dardas & Simmons, 2015; Hassan et al., 2015; Rassool, 2016; Rayes et al., 2021; Weatherhead & Daiches, 2010). Der hohe Stellenwert der Familie in der arabischen Kultur sowie die soziale Norm, sich bei psychischen Problemen zunächst an die Familie zu wenden, um die Familienehre nicht zu verletzen, wurden in der Forschungsliteratur hierfür als wesentliche Erklärungsfaktoren identifiziert. Des Weiteren konnte jedoch festgestellt werden, dass die Präferenz für die Unterstützung eines Familienmitglieds mit zunehmendem Alter abnimmt. Die bisherige Forschung konnte diesbezüglich keine einheitlichen Befunde feststellen (Chahine & Kienzler, 2022; Hamid & Furnham, 2013; Tomasi et al., 2022; Yaser et al., 2016). Eine mögliche Erklärung für die Beobachtung, dass jüngere syrische Geflüchtete bei psychischer Belastung eher auf Familienangehörige als auf professionelle psychologische Dienste zurückgreifen, könnte darin liegen, dass ihre Symptome zu Beginn möglicherweise weniger stark ausgeprägt sind oder erste Anzeichen nicht unmittelbar zu einem aktiven Suchen nach professioneller Hilfe führen (Khatib et al., 2023). Mit zunehmendem Alter könnte die Schwere der Symptome jedoch zunehmen, insbesondere wenn frühere informelle Unterstützungsmaßnahmen nicht ausreichend wirksam waren, was die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, erhöhen könnte. Zudem stellen Eltern, als Teil der familiären Unterstützung, für Geflüchtete und arabische Bevölkerungsgruppen eine zentrale Anlaufstelle bei psychischen Problemen dar (Byrow et al., 2019; Grupp et al., 2019; Khader et al., 2024). Bei älteren Personen könnte diese Form der Unterstützung jedoch wegfallen, da die Eltern möglicherweise nicht mehr leben oder nicht mehr die primären Bezugspersonen sind, beispielsweise aufgrund eigener Familiengründungen. Gleichzeitig wurden in bisherigen Studien die eigenen Kinder von den teilnehmenden Personen kaum als Anlaufstelle bei psychischen Problemen angegeben. Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass sich die jüngeren Teilnehmenden dieser Untersuchung in der späten Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter befinden. In

dieser Lebensphase stellt die Familie, einschließlich der Eltern, in der Regel eine wichtige Anlaufstelle dar, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass Personen im höheren Alter bereits Erfahrungen mit psychischen Problemen und deren Bewältigung gemacht und erkannt haben, dass informelle Unterstützungsquellen bei schwerwiegenderen Problemlagen häufig nicht ausreichend helfen können (Hamid & Furnham, 2013). Diese Erfahrungen könnten zu einer stärkeren Akzeptanz professioneller Hilfe beitragen.

5.2.2 Präferenz für die Unterstützung durch Freund*innen

Entgegen den Erwartungen wird die Unterstützung von professionellen psychologischen Diensten als hilfreicher eingeschätzt als die Unterstützung von Freund*innen. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Untersuchungen, welche in arabischen Ländern lebende Personen befragt haben (Al-Laham et al., 2020; Al-Ali et al., 2017; Khader et al., 2024), entspricht jedoch den Befunden von Studien, welche Geflüchtete aus anderen Ländern untersucht haben (Grupp et al., 2019; Zehetmair et al., 2021). Bei Geflüchteten kommt es häufig zu einer tiefgreifenden Veränderung ihres sozialen Netzwerks, da sie durch die Flucht in vielen Fällen von vertrauten Bezugspersonen getrennt werden (Aerethun et al., 2021; Rayes et al., 2021). Im Gegensatz zu Familienangehörigen können Freund*innen im Rahmen der Familienzusammenführung jedoch nicht nachgeholt werden (BFA, 2024b). Dies kann dazu führen, dass weniger informelle Unterstützung durch Freund*innen verfügbar ist (Aerethun et al., 2021) und demnach auch die Intention, bei ihnen Hilfe zu suchen, vermindert ist.

5.2.3 Präferenz für die Unterstützung durch religiöse Autoritäten

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung widerlegen die Hypothese, dass syrische Geflüchtete religiöse Autoritäten als hilfreichere Unterstützungsquelle einschätzen als psychologische Dienste. In der bisherigen Forschung zeigen sich diesbezüglich gemischte Befunde (Khatib et al., 2023; Weigl & Gaiswinkler, 2019). Auch Weatherhead & Daiches (2010) betonen in diesem Zusammenhang heterogene Ansichten von muslimischen Befragten. Einige Teilnehmende dieser Studie betrachteten religiöse Praxis und psychologische Dienste als miteinander unvereinbar und interpretierten die Inanspruchnahme einer psychologischen Behandlung als Verrat an der eigenen Religion und Ablehnung Allahs. Andere Teilnehmende hingegen betrachteten beide Ansätze als potenziell komplementär. Für

diese Gruppe ist jedoch eine respektvolle Berücksichtigung der individuellen religiösen Überzeugungen unabdingbar für eine funktionierende therapeutische Beziehung. In qualitativen Studien gaben sowohl arabische (Alhomaizi et al., 2018; Al-Krenawi & Graham, 2000; Youssef & Deane, 2006) als auch speziell syrische (Al-Laham et al., 2020) Studienteilnehmende häufig informelle Unterstützungsquellen wie religiöse Autoritäten als erste Anlaufstelle an, wenn psychische Beschwerden auftraten. Professionelle psychologische Unterstützung wurde hingegen in den meisten Fällen erst in Erwägung gezogen, wenn keine Verbesserung der Symptome eintrat (Al-Laham et al., 2020), die Symptome als äußerst ernst eingestuft wurden (Weatherhead & Daiches, 2010; Youssef & Deane, 2006), oder wenn Imame eine Empfehlung oder Erlaubnis zur Inanspruchnahme aussprachen (Alhomaizi et al., 2018). In Kontrast dazu zeigen einige quantitative Studien, dass trotz der häufigen Hinwendung zu religiösen Autoritäten psychologische Dienste im Vergleich präferiert wurden (Al-Ali, 2017; Slewa-Younan, 2014; Yaser et al., 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit legen jedoch nahe, dass Personen mit niedrigerem Bildungsgrad religiöse Autoritäten als Unterstützungsquelle signifikant stärker präferieren als Personen mit höherem Bildungsgrad. Dieser Befund deckt sich mit den Resultaten eines systematischen Reviews, welches sich mit Geflüchteten befasste (Byrow et al. 2020). Die divergierenden Lebensrealitäten in Österreich im Vergleich zu Syrien könnten eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darstellen. In einer Studie von Youssef & Deane (2006) gaben arabische Teilnehmende an, dass der ihnen vertraute Imam rund um die Uhr erreichbar sei, schnell auf Hilfesuche reagiere und in diesem Sinne eine bessere Unterstützung biete als jedes professionelle Krisenteam. In westlichen Ländern haben arabische Geflüchtete jedoch häufig ein enormes Misstrauen gegenüber religiösen Autoritäten und Moscheen, weshalb sie diese für private Probleme kaum aufsuchen (Rayes et al., 2021). Dies deckt sich mit den Ergebnissen in dieser Masterarbeit, da auch hier die Studienteilnehmenden angaben, ihren religiösen Verpflichtungen eher im privaten als im institutionellen Kontext nachzugehen. Zudem wurde bereits dargelegt, dass arabischsprachige Moscheen oder Moscheen der eigenen islamischen Glaubensrichtung im Zielland häufig schwerer zugänglich sind (Rayes et al., 2021), was ihre Funktion als primäre Unterstützungsquelle zusätzlich einschränken könnte.

5.3 Fragestellung 2: Wie hängen Sorgen über Stigmatisierung bei syrischen Geflüchteten mit der Präferenz für Hilfe von informellen Quellen bei psychischer Belastung zusammen?

Die Hypothese der zweiten Fragestellung wurde anhand der Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit widerlegt. Größere Sorgen über Stigmatisierung gehen bei syrischen Geflüchteten nicht mit einer stärkeren Präferenz für die Unterstützung von informellen Quellen einher. Dieser Befund steht nicht in Einklang mit anderen Studien, die sich mit arabischen Personen und Familien auseinandersetzten, die aufgrund von Stigma eine stärkere Hinwendung zu informellen Quellen zeigten (Al-Ali et al., 2017; Hassan et al., 2016). Eine mögliche Erklärung für die divergierenden Ergebnisse liegt in der unterschiedlichen Erfassung des Konstrukts. Während Al-Ali und Kolleg*innen (2017) beispielsweise das wahrgenommene öffentliche Stigma untersuchten, wurde in der vorliegenden Arbeit die Furcht vor Stigmatisierung erfasst. Diese beiden Konstrukte sind jedoch nicht gleichzusetzen. Geflüchtete können eine allgemeine Furcht vor Stigmatisierung haben (da sie im Herkunftsland viel öffentliches Stigma wahrgenommen haben) aber gleichzeitig wissen, dass psychische Erkrankungen in Österreich faktisch weniger stark stigmatisiert werden (wahrgenommenes öffentliches Stigma geringer als im Herkunftsland), was die Hinwendung zu professioneller Hilfe im Zielland erleichtern und dadurch die dringende Notwendigkeit von Unterstützung durch informelle Quellen reduzieren könnte. Das soziale Netzwerk, insbesondere die Familie ist in arabischen Kulturen sowie bei Geflüchteten zudem häufig die Quelle der Stigmatisierung (Al-Krenawi & Graham, 2000; Al-Laham et al., 2020; Van der Boor & White, 2020). Die psychischen Probleme sowie das Aufsuchen psychologischer Dienste wird vor Familienmitgliedern mitunter verschwiegen (Al-Laham et al., 2020). Dies steht jedoch auch in Zusammenhang mit dem Geschlecht. Arabische Männer scheinen tendenziell weniger informelle Hilfe bei Freund*innen und Familie aufzusuchen, was auf die Furcht vor Stigmatisierung durch das soziale Netzwerk und die Angst, als schwach angesehen zu werden, zurückgeführt werden kann (Khatib et al., 2023). Folglich wenden sie sich eher an formelle Hilfe. Dies ist von Relevanz, da an der vorliegenden Untersuchung überwiegend Männer teilgenommen haben.

Des Weiteren wurde in einigen Untersuchungen arabischer Personen lediglich festgestellt, dass aus der Angst, aufgrund psychischer Probleme stigmatisiert zu werden, eine verstärkte Vermeidung psychologischer Dienste resultierte (Al-Laham et al., 2020; Dardas & Simmons, 2015; Zolezzi et al., 2018). Dies muss jedoch nicht zwangsläufig zu einer stärkeren

Präferenz für informelle Unterstützung führen. Andere Studien konnten in diesem Zusammenhang aufzeigen, dass Hilfe sowohl in formeller als auch informeller Form von Geflüchteten insgesamt weniger in Erwägung gezogen wird, wenn eine hohe Stigmatisierung psychisch Erkrankter wahrgenommen wird (Byrow et al., 2019; Özaslan et al., 2024). Dies würde auch durch die Beobachtung gestützt, dass die hier untersuchten Personen im Allgemeinen keine besonders starken Intentionen zeigten, Hilfe zu suchen.

5.4 Fragestellung 3: Wie hängen bei syrischen Geflüchteten Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit der Präferenz für die Unterstützung einer religiösen Autorität bei psychischer Belastung zusammen?

Die durchgeführte Untersuchung ergab zwar, dass syrische Geflüchtete keine generelle Präferenz für religiöse Unterstützung im Vergleich zu psychologischer Hilfe bei psychischen Problemen aufweisen. Allerdings zeigte sich, dass die Präferenz für die Unterstützung von einer religiösen Autorität mit zunehmender Überzeugung, psychische Erkrankungen seien auf den Willen Gottes zurückzuführen, signifikant anstieg. Dieses Ergebnis entspricht den Befunden bisheriger Studien in diesem Forschungsfeld (Byrow et al., 2020). Zudem ließ sich eine hohe Prävalenz dieser religiösen Überzeugung unter den Befragten (57.7%) beobachten, was auf eine besondere Relevanz von Religion und Glauben für die jeweilige Krankheitsrepräsentation und die präferierten Bewältigungsstrategien in dieser Population hindeutet. Auch dies deckt sich mit bisherigen Forschungsergebnissen zu Geflüchteten und arabischen Bevölkerungsgruppen in diesem Bereich (Al-Laham et al., 2020; Chaze et al., 2015; Youssef & Deane, 2006).

In den meisten Ankunftsändern finden religiöse Aspekte kaum Anwendung in psychosozialer Beratung und Behandlung (Chaze et al., 2015; Jannesari et al., 2021). Eine Studie mit arabischen Geflüchteten konnte jedoch zeigen, dass psychologische Therapien deutlich wirksamer und zugänglicher wahrgenommen werden, wenn sie religiöse Überzeugungen einbeziehen, anstatt diese auszuklammern oder gar zu versuchen, Betroffene von ihrer religiösen Sichtweise abzubringen (Bridi et al., 2023). Des Weiteren kommt eine psychologische Behandlung für arabisch-muslimische Personen häufig erst dann infrage, wenn diese zuvor von einem Imam empfohlen oder genehmigt wurde (Alhomaizi et al., 2018). Daher ist es von entscheidender Bedeutung, zum einen kultursensitive Therapieangebote zu entwickeln (Zehetmair et al., 2021) und Fachkräfte darin zu schulen, Religion als Ressource in die Behandlung einzubinden (Bridi et al., 2023), und zum anderen

religiöse Autoritäten über psychische Erkrankungen, mögliche Therapieansätze sowie psychosoziale Dienste aufzuklären (Van der Boor & White, 2020). Dadurch wäre es ihnen möglich, Ratsuchende mit schwerer Symptomatik gezielt an geeignete Stellen weiterzuleiten.

5.5 Limitationen

Die vorliegende Studie weist verschiedene Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Zunächst ist anzumerken, dass die Repräsentativität der Stichprobe eingeschränkt ist. Da die Auswahl der Teilnehmenden nicht zufällig oder systematisch aus der Grundgesamtheit erfolgte, liegt eine Selbstselektion vor. Des Weiteren fand die Rekrutierung hauptsächlich in Integrations- und Bildungszentren statt, welche sowohl Deutsch- als auch Integrationskurse anbieten. Es kann folglich nicht davon ausgegangen werden, dass alle geflüchteten Personen in dieser Stichprobe gleichermaßen vertreten waren. Es wurden wahrscheinlich vor allem jene Personen erreicht, welche die zeitlichen sowie die mentalen und psychischen Ressourcen hatten, entsprechende Einrichtungen oder Kurse aufzusuchen sowie sich aktiv an der Studie zu beteiligen. Dadurch nahmen tendenziell eher Geflüchtete teil, die über einen höheren Bildungsgrad, eine stärkere Motivation und/ oder Kapazität sich im Zielland zu integrieren und eine stärkere Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen verfügten. Personen, die aufgrund von geringer Alphabetisierung oder psychischer Belastung nicht in der Lage waren, einen umfangreichen Fragebogen auszufüllen, sind hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit unterrepräsentiert. Hinzu kommt, dass Frauen in der vorliegenden Stichprobe deutlich weniger stark vertreten sind als Männer. Die Literatur weist jedoch darauf hin, dass sich das Hilfesuchverhalten je nach Geschlecht unterscheiden kann (Khatib et al., 2023; Kohlenberger, 2019). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die Nichtteilnahme bestimmter Gruppen mit dem interessierenden Merkmal selbst zusammenhängt, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann (Steiner & Benesch, 2021). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine hohe Furcht vor Stigmatisierung zu einer geringeren Bereitschaft führt, an einer solchen Befragung teilzunehmen. All diese Aspekte schränken die Generalisierbarkeit der Befunde auf die Gesamtheit syrischer Geflüchteter in Österreich ein.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass der Datensatz des übergeordneten Forschungsprojektes eine hohe Anzahl an fehlenden Werten aufwies. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde jedoch auf imputationsbasierte Verfahren verzichtet, da aufgrund der geringen Anzahl von Items in den für die Masterarbeit verwendeten Skalen eine

Imputation als methodisch nicht sinnvoll bzw. zulässig erachtet wurde (Dörfler & Peters, 2019). Schließlich wurde eine Available-Case-Analysis gewählt, da diese Methode im Vergleich zur Complete-Case-Analysis zu einem geringeren Datenverlust führt (Krombholz, 2019). Die hohe Anzahl an fehlenden Werten lässt sich zum einen auf die Länge der Testbatterie zurückführen, was von den Teilnehmenden häufig thematisiert wurde, zum anderen auf die sensiblen Inhalte, die im Rahmen der Studie abgefragt wurden. Beide Faktoren können ebenfalls zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben, beispielsweise durch eine rasche Bearbeitung ohne sorgfältiges Lesen oder durch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten. Letzteres ist insbesondere bei der hier untersuchten Personengruppe von Relevanz, da in arabischen Gesellschaften psychische Erkrankungen und damit einhergehende Symptome häufig stark stigmatisiert werden (Al-Laham et al., 2020; Zolezzi et al., 2018) und die Einhaltung sozialer Normen und Werte gleichzeitig von großer Bedeutung ist (Byrow et al., 2020). Die Teilnehmenden waren in der Testsituation nicht immer ungestört, da in vielen Fällen Angehörige, die beim Ausfüllen helfen wollten, andere Studienteilnehmende oder eine dolmetschende Person anwesend war. Dies erschwerte die Wahrung der Anonymität und könnte ein Antwortverhalten, das den gesellschaftlichen Normen in arabischen Ländern entspricht, verstärkt haben. Die Teilnehmenden fragten wiederholt nach, wie vertraulich die Ergebnisse behandelt werden und äußerten die Sorge, dass sich die Angaben auf das Asylverfahren auswirken könnten. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die Aufwandsentschädigung von zehn Euro dazu geführt hat, dass auch Personen an der Studie teilnahmen, die den Fragebogen lediglich ausfüllten, um das Geld zu erhalten, ohne ein tatsächliches Interesse an ihrem Beitrag zur Studie zu haben.

Eine weitere kritische Anmerkung betrifft die Nutzung des GHSQ (Wilson et al., 2005) sowie die Heranziehung der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1991) für die Erfassung der Präferenzen für bestimmte Unterstützungsquellen. Diese beziehen sich auf die Intention, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, was jedoch nicht ohne weiteres mit Präferenzen gleichgesetzt werden kann. Die faktischen Bedingungen und Möglichkeiten im Zielland, wie Österreich, könnten sich auf die Intention auswirken, Unterstützung bei formellen Quellen zu suchen. Dies kann beispielsweise darauf zurückzuführen sein, dass das vertraute soziale Netzwerk, einschließlich eines bekannten Imams, im Zielland nicht in gleichem Maße wie in der Heimat vorhanden ist. Die Präferenz könnte also bei informellen Quellen liegen, die tatsächlichen Gegebenheiten jedoch eine Hinwendung zu ihnen erschweren und demnach die Intention, Hilfe bei ihnen zu suchen, verringern. In diesem Zusammenhang stellt auch die Verwendung von Fallvignetten eine Einschränkung dar, da

nicht die persönliche Präferenz einer Person bei persönlichen psychischen Problemen abgefragt wurde, sondern vielmehr wie hilfreich die jeweilige Unterstützungsquelle eingeschätzt wird und inwieweit man diese anderen empfehlen würde. Aufgrund der unterschiedlichen Operationalisierung der Präferenz für verschiedene Unterstützungsquellen ergibt sich eine zusätzliche Limitation. Während die Präferenz für psychologische Dienste anhand von zwei Items und die Präferenz für Familienmitglieder anhand von drei Items erfasst wurde, erfolgte die Erhebung der Präferenz für Freunde und religiöse Autoritäten jeweils nur mit einem Einzelitem. Dies hat zur Folge, dass für psychologische Dienste und Familienmitglieder ein Mittelwertindex gebildet werden konnte, der eine höhere Messgenauigkeit aufweist als Einzelitems. Dies spiegelt sich in unterschiedlich großen Standardfehlern wider und kann die statistische Teststärke der Vergleiche zwischen den Einzelitems (religiöse Autoritäten, Freunde) und den Indizes (psychologische Dienste, Familienmitglieder) verringern. Dies wiederum erhöht das Risiko eines Fehlers zweiter Art (β -Fehler), da potenzielle Unterschiede möglicherweise nicht als signifikant identifiziert werden (Hypothese 1a und 1c betreffend), obwohl sie in der Population bestehen.

Eine weitere methodische Schwäche liegt in der Anwendung der Bonferroni-Korrektur für den ersten Hypothesenblock der Fragestellung 1, da diese sehr konservativ ist und damit das Risiko von falsch-negativen Ergebnissen erhöht (Blanz, 2015).

Schließlich ist anzumerken, dass das vorliegende Untersuchungsdesign vor der Entwicklung der in dieser Masterarbeit untersuchten Hypothesen geplant wurde, was die Auswahl geeigneter Messinstrumente einschränkte.

5.6 Praktische Implikationen

Die Befunde der vorliegenden Masterarbeit legen nahe, dass syrische Geflüchtete in Österreich einer professionellen psychologischen Behandlung nicht grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen. Dennoch zeigt sich in der hier untersuchten Stichprobe keine starke Hilfesuchintention. Zudem ist die tatsächliche Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Dienste bei Geflüchteten, unter Berücksichtigung des erhöhten Bedarfs an professioneller Unterstützung, gering (Satinsky et al., 2019). Dies könnte darauf hindeuten, dass nicht primär die kulturell geprägten Präferenzen von Geflüchteten, sondern vielmehr bestehende strukturelle Barrieren, einschließlich fehlender adäquater Behandlungsangebote den Zugang zu entsprechenden Diensten erschweren. Selbst wenn die Absicht besteht, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, kann der Mangel an leicht

zugänglichen und kultursensiblen Angeboten in Österreich eine entscheidende Barriere darstellen (Kohlenberger et al., 2019) und dazu führen, dass eine solche Behandlung letztendlich doch nicht genutzt oder vorzeitig abgebrochen wird. Demnach erfordert es eine stärkere Berücksichtigung der kulturellen und religiösen Normen in psychologischen Behandlungen. Dies kann die Akzeptanz für psychosoziale Interventionen fördern (Jannesari et al., 2021). Eine interkulturelle Schulung von Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen ist von großer Bedeutung, um ihnen die Wichtigkeit von Religion und Familie für arabisch-muslimisch geprägte Menschen zu verdeutlichen. Des Weiteren ist die Hinzuziehung von fachkundigen Dolmetscher*innen erforderlich, um die Sprachbarriere zu vermindern. Allerdings ist die Verfügbarkeit entsprechender dolmetschender Personen tatsächlich nur selten gewährleistet (Byrow et al., 2020; Satinsky et al., 2019; Van der Boor & White, 2020). Daher ist es erforderlich, dolmetsch-gestützte Therapieangebote zu erweitern, insbesondere in einer leicht zugänglichen und niederschweligen Form.

Neben dem Abbau struktureller Hürden ist auch eine verstärkte Aufklärung von Geflüchteten sowie ihren Familien notwendig. Es wird empfohlen, neu ankommende Personen in Erstaufnahmezentren frühzeitig über verfügbare Beratungs- und Behandlungsstellen, die Art der finanziellen Unterstützung sowie Anreisemöglichkeiten zu informieren. Besonders die Betonung der Verschwiegenheitspflicht psychosozialer Einrichtungen sowie der gesellschaftlichen Akzeptanz psychologischer Hilfe kann dazu beitragen, die Furcht vor Stigmatisierung zu verringern. Da in arabischen Kulturen Familienmitglieder zum einen häufig die Quelle der Stigmatisierung darstellen und zum anderen oft an medizinischen Beratungsgesprächen teilnehmen (Nasir & Al-Qutob, 2005), ist es empfehlenswert, sie zumindest im Erstgespräch einer Therapie aktiv zu integrieren. Dies kann zu einer Reduktion stigmatisierender Einstellungen seitens der Familienmitglieder führen und somit die Akzeptanz professioneller Unterstützung in der gesamten Familie fördern. Dies ist besonders wichtig, da die Familie die am stärksten präferierte Unterstützungsquelle bei den hier untersuchten syrischen Geflüchteten in Österreich darstellt und ihre Meinung und Akzeptanz von essenzieller Bedeutung für viele Betroffene ist.

Schließlich sollte eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen psychosozialen Diensten und Religionsgemeinschaften angestrebt werden, da insbesondere weniger gebildete Teilnehmende sowie Teilnehmende, die starke religiöse Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen aufweisen, die Unterstützung einer religiösen Autorität bevorzugen. Die Sensibilisierung von Imamen und anderen Glaubensvertreter*innen für psychische Erkrankungen, ihre Behandlungsmöglichkeiten und

entsprechende Hilfsangebote ist eine notwendige Voraussetzung für eine effektive Weitervermittlung betroffener Hilfesuchender.

5.7 Zukünftige Forschung

Zukünftige Studien sollten sich verstärkt mit den strukturellen Barrieren auseinandersetzen, die eine tatsächliche Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützungsangebote erschweren. Es wäre von großer Bedeutung, die spezifischen Barrieren im Hilfesuchprozess im jeweiligen Zielland zu identifizieren und zu untersuchen, wie diese gezielt überwunden werden können. Es mangelt an Befunden zu systemischen und strukturellen Bedingungen, die insbesondere Geflüchteten den Zugang zu psychosozialer Versorgung erschweren (Dumke, 2024). In Zukunft sollte vor allem auf die Gesundheitspolitik und die Verteilung von Ressourcen fokussiert werden, um folglich bestehende Ungleichheiten im Versorgungssystem abbauen zu können.

Des Weiteren wäre es erforderlich, den Einfluss von Akkulturationsprozessen detaillierter zu untersuchen. Da sich die Teilnehmenden dieser Studie maximal 36 Monate in Österreich aufhielten, lässt sich keine valide Aussage über die Auswirkungen der Aufenthaltsdauer auf die Präferenzen für verschiedene Formen der Unterstützung bei Auftreten psychischer Probleme treffen. Darüber hinaus ist die Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede von zentraler Bedeutung, da die vorhandene Literatur darauf hindeutet, dass sich Präferenzen und das Hilfesuchverhalten zwischen Männern und Frauen unterscheiden können. In Studien, die sich mit Geflüchteten auseinandersetzen, sind Frauen jedoch meist unterrepräsentiert, was auch für diese Masterarbeit gilt. Zudem sollten Altersunterschiede genauer untersucht werden, insbesondere um zu klären, warum die Präferenz für informelle Quellen der Unterstützung mit zunehmendem Alter abnimmt.

Auch die Rolle von persönlicher Religiosität und Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen sollten differenzierter betrachtet werden. Dabei ist zu untersuchen, ob die Präferenz für die Unterstützung durch eine religiöse Autorität primär auf die individuelle Religiosität zurückzuführen ist oder eher auf gesellschaftliche Konventionen aus dem Herkunftsland. Darüber hinaus empfiehlt es sich in künftigen Studien, zwischen der Überzeugung, dass psychische Erkrankungen auf den Willen Gottes zurückzuführen sind, und der Annahme, dass es sich dabei um eine göttliche Strafe handelt, zu unterscheiden. Diese differenzierten Ursachenzuschreibungen könnten zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien und Präferenzen hinsichtlich verschiedener Unterstützungsquellen

führen. Die Überzeugung, dass alle Ereignisse dem göttlichen Willen unterliegen, kann bei gleichzeitiger Annahme, dass Gott den Menschen die nötigen Ressourcen zur Bewältigung solcher Situationen zur Verfügung stellt, zu einer aktiven Suche nach Hilfe führen und demnach die Intention stärken, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz dazu könnte die Annahme, dass es sich um eine göttliche Strafe handelt, eher zu einer passiven Akzeptanz und einer allgemein geringen Intention führen, sich Hilfe zu suchen. Diese Erkenntnisse wären von Nutzen, um adäquate Interventionen an den entsprechenden Stellen entwickeln zu können. In diesem Kontext ist zudem das Potenzial religiöser Bewältigungsstrategien in psychosozialen Behandlungskonzepten zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte auch die Rolle religiöser Autoritäten in Österreich untersucht werden. Hier wäre von Interesse, inwieweit ihre Sichtweisen mit modernen Behandlungskonzepten kompatibel sind und wie häufig sie Ratsuchende an psychologische Dienste verweisen.

In zukünftigen Studien sollte eine klare Unterscheidung zwischen Einstellungen, Präferenzen, Intentionen und tatsächlichem Verhalten sowie eine präzisere Definition des Untersuchungsgegenstands erfolgen. In diesem Zusammenhang kam es in bisherigen Studien häufig zu einer terminologischen Vermischung der unterschiedlichen Konstrukte.

Schließlich ist zu betonen, dass Untersuchungen des Hilfesuchverhaltens von Personen, die aus Ländern geflohen sind, in denen psychische Erkrankungen noch sehr stark stigmatisiert werden, besonderer Wert auf die Gewährleistung einer vertrauensvollen Atmosphäre und Anonymität gelegt wird. Diese ist notwendig, um einem Antwortverhalten der Befragten, das primär den sozialen und gesellschaftlichen Normen und weniger dem tatsächlichen eigenen Empfinden entspricht, entgegenzuwirken.

5.8 Conclusio

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit legen nahe, dass syrische Geflüchtete in Österreich psychologischer Hilfe grundsätzlich nicht ablehnend gegenüberstehen. Allerdings zeigt sich, dass insbesondere jüngere Teilnehmende familiäre Unterstützung weiterhin bevorzugen. Die Präferenz für religiöse Autoritäten ist in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zu anderen Unterstützungsquellen weniger stark ausgeprägt, nimmt jedoch mit einem geringeren Bildungsgrad sowie einer stärkeren religiösen Ursachenzuschreibung für die Entstehung psychischer Erkrankungen zu. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, psychosoziale Dienste auf die kulturellen und religiösen Bedürfnisse dieser

Gruppe auszurichten sowie die Furcht vor Stigmatisierung durch Aufklärungsprogramme und bestehende strukturelle Barrieren abzubauen. Eine interkulturelle Schulung von Fachkräften im psychologisch-psychiatrischen Bereich, die Einbindung von kultursensiblen Dolmetschenden sowie eine verstärkte Kooperation zwischen religiösen Autoritäten und psychologischen Diensten können dazu beitragen, die Akzeptanz und Zugänglichkeit professioneller psychosozialer Unterstützungsangebote zu fördern und somit die psychische Gesundheit von syrischen Geflüchteten in Österreich zu verbessern.

6 Literaturverzeichnis

- Aarethun, V., Sandal, G.M., Guribye, E., Markova, V., & Bye, H.H. (2021). Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *Social science & medicine*, 277, 113889-113889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113889>
- Abi Chahine, M., & Kienzler, H. (2022). Ageism, an invisible social determinant of health for older Syrian refugees in Lebanon: a service providers' perspective. *Conflict and Health*, 16(1), 62–62. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00491-9>
- Acarturk, C., McGrath, M., Roberts, B., Ilkkursun, Z., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Sondorp, E., Ventevogel, P., McKee, M., & Fuhr, D. C. (2021). Prevalence and predictors of common mental disorders among Syrian refugees in Istanbul, Turkey: a cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(3), 475-484. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01941-6>
- Adams, C., Gringart, E., & Strobel, N. (2022). Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: a scoping review. *Systematic Reviews*, 11(1), 1–160. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02034-y>
- Aguirre-Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Hrsg.), *Action-control: From cognition to behavior* (S. 11–39). Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113–1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Al-Ali, N. M., Alqurneh, M. K., Dalky, H., & Al-Omari, H. (2017). Factors affecting help-seeking attitudes regarding mental health services among attendance of primary health care centers in Jordan. *International Journal of Mental Health*, 46(1), 38–51. <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1264039>
- Al Dousari, M., & Prior, S. (2020). Islamic faith as a facilitator for accessing counselling: The experience of three Kuwaiti clients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 48(6), 757–767. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1651823>

- Alhomaizi, D., Alsaïdi, S., Moalie, A., Muradwij, N., Borba, C. P. C., & Lincoln, A. K. (2018). An exploration of the help-seeking behaviors of Arab-Muslims in the US: A socio-ecological approach. *Journal of Muslim Mental Health*, 12(1).
<https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0012.102>
- Al Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & social work*, 25(1), 9-22
<https://academic.oup.com/hsw/article/25/1/9/694024>
- Al-Krenawi, A., Graham, J.R., & Kandah, J. (2000). Gendered utilization differences of mental health services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 501–511.
<https://doi.org/10.1023/A:1001963714338>
- Al Laham, D., Ali, E., Mousally, K., Nahas, N., Alameddine, A., & Venables, E. (2020). Perceptions and health-seeking behaviour for mental illness among Syrian refugees and Lebanese community members in Wadi Khaled, North Lebanon: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 875–884.
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00551-5>
- Aloud, N. (2004). *Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab -Muslims population* (Dissertation). Ohio State University, Columbus.
- Aloud, N., & Rathur, A. (2009). Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab Muslim populations. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 79–103. <https://doi.org/10.1080/15564900802487675>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (2001). What to do about mental disorder - help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 220–225. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.103003220.x>
- Au, M., Anandakumar, A. D., Preston, R., Ray, R. A., & Davis, M. (2019). A model explaining refugee experiences of the Australian healthcare system: a systematic review of refugee perceptions. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0206-6>
- Aydin, N., & Fritsch, K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0024-9>

- Baldwin, A.S. (2013). Theory of planned behavior. In M.D. Gellman & J.R. Turner (Hrsg.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (1. Aufl., S.156–159). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9>
- Baltimore, K. (2023). *Investigating mental health literacy and help-seeking among middle eastern migrant women*. ProQuest Dissertations & Theses.
- Bener, A., & Ghuloum, S. (2011). Ethnic differences in the knowledge, attitude and beliefs towards mental illness in a traditional fast developing country. *Psychiatria Danubina*, 23(2), 157–164.
- Benyamini, Y., & Karademas, E. C. (2019). Introduction to the special issue on the common sense model of self-regulation. *Health Psychology Review*, 13(4), 373–377.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1644189>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337–e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen* (1. Aufl.). Kohlhammer.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Longterm mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29–29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Bridi, L., Kaki, D. A., Albahsahli, B., Abu Baker, D., Khan, X., Aljenabi, R., Bencheikh, N., Schiaffino, M. K., Moore, A. A., & Al-Rousan, T. (2023). The influences of faith on illness representations and coping procedures of mental and cognitive health among aging Arab refugees: a qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1083367–1083367. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083367>
- Brooks, H., Windfuhr, K., Irmansyah, Prawira, B., Desyadi Putriningtyas, D. A., Lovell, K., Bangun, S. R., Syarif, A. K., Manik, C. G., Savitri Tanjun, I., Salim, S., Renwick, L., Pedley, R., Bee, P., & Doherty, T. (2022). Children and young people’s beliefs about mental health and illness in Indonesia: A qualitative study informed by the common sense model of self-regulation. *PloS One*, 17(2), e0263232–e0263232.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263232>
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. Aufl.). Pearson Studium.

- Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl. (2024a). *Ablauf Asylverfahren*. Zuletzt abgerufen ab 07.03.2024. https://www.bfa.gv.at/201/Ablauf_Asylverfahren/start.aspx
- Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl. (2024b). *Das Familienverfahren*. Zuletzt abgerufen ab 14.12.2024. https://www.bfa.gv.at/201/Das_Famlienverfahren/start.aspx
- Bundesministerium für Inneres. (2024). *Asyl-Statistik 2023*. Zuletzt abgerufen am 24.04.2024. https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asylstatistik_Jahresstatistik_2023_20240325.pdf
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2024). *Flucht und Migration: Grundlagen und Begriffe*. Zuletzt abgerufen am 07.03.2024. <https://www.bmz.de/de/themen/flucht/fachbegriffe#lexicon=21858>
- Butler, L.D., Critelli, F.M., & Rinfrette, E.S. (2011). Trauma-informed care and mental health. *Directions in Psychiatry*, 31, 197–210.
- Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Rajouria, A., & Nickerson, A. (2019). Barriers to mental health help-seeking amongst refugee men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2634. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152634>
- Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 75, 101812-101812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
- Cantekin, D., & Gençöz, T. (2017). Mental health of syrian asylum seekers in Turkey: the role of pre-migration and post-migration risk factors. *Journal of social and clinical psychology*, 36(10), 835-859. <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.10.835>
- Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44–55. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.44>
- Chadda, R. K., Agarwal, V., & Singh, C. (2001). Help seeking behaviour of psychiatric patients before seeking care at a mental hospital. *International journal of social psychiatry*, 47(4), 71-78. <https://doi.org/10.1177/002076400104700406>
- Chaze, F., Thomson, M. S., George, U., & Guruge, S. (2015). Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants

- in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 87–101. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-015>
- Chen, W., Hall, B. J., Ling, L., & Renzaho, A. M. (2017). Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 4(3), 218–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30032-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30032-9)
- Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19(1), 513–513. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Elsevier Science.
- Cohrdes, C., Hapke, U., Nübel, J., & Thom, J. (2022). Erkennen-Bewerten-Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland: Teil 1–Erwachsenenalter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://doi.org/10.25646/8831>
- Combie-Knowles, E. (2020). Public stigma, familiarity with mental illness, and attitudes toward seeking mental health services. ProQuest Dissertations & Theses.
- Conrad, R., Becker, M., Pompe, H., & Kronenberg, V. (2018). Flucht und Trauma – Psychische Implikationen der Heimatlosigkeit. In *Fluchtpunkt Integration* (S. 171–189). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19430-7_8
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-001>
- Dardas, L. A., & Simmons, L. A. (2015). The stigma of mental illness in Arab families: A concept analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 668–679. <https://doi.org/10.1111/jpm.12237>
- De Anstiss, H., & Ziaian, T. (2010). Mental health help-seeking and refugee adolescents: Qualitative findings from a mixed-methods investigation. *Australian Psychologist*, 45(1), 29–37. <https://doi.org/10.1080/00050060903262387>
- Diefenbach, M.A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and Homeless*, 5(1), 11–38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>

- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M. (2011). If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 279–290. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.550383>
- Dumke, L. (2024). *Mental health care for refugees in Germany: Needs and barriers* (Dissertation). Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2986598>
- Fakhr El-Islam, M. (2008). Arab culture and mental health care. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 671–682. <https://doi.org/10.1177/1363461508100788>
- 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>
- Fonds soziales Wien (2017). *Infos für Geflüchtete – Gesundheit*. Refugees Wien. Zuletzt abgerufen ab 02.04.2024. <https://www.refugees.wien/infos-fuer-gefluechtete/gesundheit/>
- Fuhr, D. C., Acarturk, C., McGrath, M., Ilkkursun, Z., Sondorp, E., Sijbrandij, M., Ventevogel, P., Cuijpers, P., McKee, M., & Roberts, B. (2019). Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: a cross-sectional survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e70. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000660>
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell and Developmental Biology*, 77, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>
- Gleeson, C., Frost, R., Sherwood, L., Shevlin, M., Hyland, P., Halpin, R., Murphy, J., & Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1793567–1793567. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793567>
- Godin, G., & Kok, G (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87–98. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87>
- Graf, D. (2007). Die Theorie des geplanten Verhaltens. In D. Krüger & H. Vogt (Hrsg.) *Theorien in der biologiedidaktischen Forschung* (S. 33–43). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-68166-3_4

- Grinstein-Weiss, M., Fishman, G., & Eisikovits, Z. (2005). Gender and ethnic differences in formal and informal help seeking among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence*, 28(6), 765–779. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.01.002>
- Grupp, F., Moro, M. R., Nater, U. M., Skandrani, S. M., & Mewes, R. (2018). “It’s that route that makes us sick”: Exploring lay beliefs about causes of post-traumatic stress disorder among Sub-Saharan African asylum seekers in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 628–628. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00628>
- Grupp, F., Moro, M. R., Nater, U. M., Skandrani, S., & Mewes, R. (2019). ‘Only God can promise healing.’: help-seeking intentions and lay beliefs about cures for post-traumatic stress disorder among Sub-Saharan African asylum seekers in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1684225-1684225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1684225>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- 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, 643704-643704. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704>
- Hamid, A., & Furnham, A. (2013). Factors affecting attitude towards seeking professional help for mental illness: a UK Arab perspective. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(7), 741–758. <https://doi.org/10.1080/13674676.2012.718753>
- Harris, S.M., Sandal, G.M., Bye, H.H., Palinkas, L.A. & Binder, P.E. (2021). Integration is correlated with mental health help-seeking from the general practitioner: Syrian refugees’ preferences and perceived barriers. *Frontiers in public health*, 9, 777582-777582. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.777582>
- 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>
- Heidinger, E. (2024). Bedarf an und Inanspruchnahme von Unterstützung bei Geflüchteten ungleich verteilt. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*, 12, 191-198. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2024-12-3
- Helman, C. G. (2001). Culture, health and illness (4. Aufl.). Arnold.

- 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). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>
- Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., Kamp-Becker, I., Höhne, E., Böge, K., & Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(3), e93-e93. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.54>
- Hou, W. K., Liu, H., Liang, L., Ho, J., Kim, H., Seong, E., Bonanno, G. A., Hobfoll, S. E., & Hall, B. J. (2020). Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 264, 50–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.165>
- IBM Corporation (2021). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 28.0) [Software]. <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-28010>
- Im, H., Ferguson, A., & Hunter, M. (2017). Cultural translation of refugee trauma: Cultural idioms of distress among Somali refugees in displacement. *Transcultural Psychiatry*, 54(5–6), 626–652. <https://doi.org/10.1177/1363461517744989>
- Jannesari, S., Lotito, C., Turrini, G., Oram, S., & Barbui, C. (2021). How does context influence the delivery of mental health interventions for asylum seekers and refugees in low- and middle-income countries? A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-80. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00501-y>
- Kan, M.P., Fabrigar, L.R. (2020). Theory of planned behavior. In V. Zeigler-Hill & T.K. Shackelford (Hrsg.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (S. 5476–5483). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1191
- Kantor, V., Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2017). Investigating institutional abuse survivors' help-seeking attitudes with the inventory of attitudes towards seeking mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377528>
- Keller, A. M., & Hajji, R. (2021). The mental health of refugees in Germany: The role of life satisfaction as a mediator between the feeling of being “welcome” and mental health. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(4), 354–360. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00833-0>

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Il Pensiero Scientifico*.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Khader, Y., Abu Khudair, S., Tanaka, E., Kufoof, L., Al Nsour, M., Aqel, A., Maayeh, M., & Kharabsha, A. (2024). Psychosocial, emotional and behavioral problems, quality of life, and mental health care seeking behaviors among children and adolescents in Jordan: a national school-based survey. *Frontiers in Public Health*, 12, 1409158.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1409158>
- Khatib, H. el, Alyafei, A., & Shaikh, M. (2023). Understanding experiences of mental health help-seeking in Arab populations around the world: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 324-324. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04827-4>
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2018). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(10), 1295–1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Ashby, J. S., Templin, T., Ramaswamy, V., & Mohanesh, J. (2014). The traumatogenic dynamics of internalized stigma of mental illness among Arab American, Muslim, and refugee clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(4), 250–266. <https://doi.org/10.1177/1078390314542873>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. In CMAJ. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., de Graaff, A. M., Bird, M., Hansen, P., Ventevogel, P., Fuhr, D. C., Schnyder, U., & Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1717825-1717825.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M.,

- Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., & Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833–839. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014>
- Kohlenberger, J., Leitner, S., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Kohlenberger, J., Leitner, S., & Buber-Ennsner, I. (2021). Psychosoziale Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe in Österreich: Zur Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten. *Flucht und Asyl - internationale und österreichische Perspektiven*, 5, 201.
- Kristen, C. (2024). Bedarf an und Inanspruchnahme von Unterstützung bei Geflüchteten ungleich verteilt. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*, 12, 179-180. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2024-12-1
- Krombholz, H. (2019). Zum Einfluss fehlender Werte („Missing Data“) auf Ergebnisse einer Längsschnittstudie im Vorschulalter – Wie zufällig sind „fehlende Beobachtungen“? PsychArchives. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2432>
- Krstanoska-Blazeska, K., Thomson, R., & Slewa-Younan, S. (2021). Mental illness stigma and associated factors among arabic-speaking religious and community leaders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7991–7991. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157991>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Van der Tweel, I., & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(12), 825–832. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Hrsg.), *Contributions to medical psychology* (S. 7–30). Pergamon.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>

- Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 82-82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: The impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 121–131. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0280-2>
- Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2003). A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 23(2), 171–196. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00230-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00230-1)
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410–2433. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Manhica, H., Almquist, Y., Rostila, M., & Hjern, A. (2017). The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 526–534. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000445>
- Mewes, R., Giesebrecht, J., Weise, C., & Grupp, F. (2021). Description of a culture-sensitive, low-threshold psychoeducation intervention for asylum seekers (Tea Garden). *Clinical Psychology in Europe*, 3(Special Issue), e4577. <https://doi.org/10.32872/cpe.4577>
- Moller, N., Burgess, V., & Jogiyat, Z. (2016). Barriers to counselling experienced by British South Asian women: A thematic analysis exploration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(3), 201–210. <https://doi.org/10.1002/capr.12076>

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and Health*, 14(1), 44–44. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>
- 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), 15–15. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03664-7>
- Nissen, A., Cauley, P., Saboonchi, F., J Andersen, A., & Solberg, Ø. (2021). Mental health in adult refugees from Syria resettled in Norway between 2015 and 2017: a nationwide, questionnaire-based, cross-sectional prevalence study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1994218–1994218. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1994218>
- Özaslan, A., Yildirim, M., Guney, E., İlhan, M. N., & Vostanis, P. (2024). Mental health problems and help-seeking behaviours of Syrian refugee adolescents: mediating role of self-stigma. *Psychological Medicine*, 54(4), 732–741. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002416>
- Palmer, D., & Ward, K. (2007). “Lost”: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict, and Survival*, 23(3), 198–212. <https://doi.org/10.1080/13623690701417345>
- Dörfler, T., & Peters, J. H. (2019). Planen, Durchführen und Auswerten von Abschlussarbeiten. In *Planen, Durchführen und Auswerten Von Abschlussarbeiten in der Psychologie und Den Sozialwissenschaften*. Pearson Education Deutschland GmbH.
- Pollard, T., & Howard, N. (2021). Mental healthcare for asylum-seekers and refugees residing in the United Kingdom: a scoping review of policies, barriers, and enablers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1–60. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00473-z>

- Pooremamali, P., Persson, D., & Eklund, M. (2010). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 109–121. <https://doi.org/10.3109/11038121003649789>
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Health Evidence Network: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Rao, D., Feinglass, J., & Corrigan, P. (2007). Racial and ethnic disparities in mental illness stigma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 1020–1023. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815c046e>
- Rassool, G. H. (2016). *Islamic counselling: an introduction to theory and practice* (1st ed.). Routledge.
- 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, 595979-595979. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.595979>
- Reuter, J. (2004). Doing Culture: Kultur als Praxis. In K. H. Hörning & J. Reuter (Hrsg.), *Doing Culture: Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis* (1. Aufl.). Transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839402436>
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173–183. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Riffer, F., Sprung, M., Streibl, L., & Kaiser, E. (2018). Psychotherapeutische Versorgungslage: Aktuelle Daten. *Psychopraxis Neuopraxis*, 21(3), 128–132. <https://doi.org/10.1007/s00739-018-0468-0>
- Salam, Z., Odenigbo, O., Newbold, B., Wahoush, O., & Schwartz, L. (2022). Systemic and individual factors that shape mental health service usage among visible minority immigrants and refugees in Canada: A Scoping Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(4), 552–574. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01183-x>
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851–863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>

- Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3), 325–348. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi113>
- Schlechter, P., Kamp, S., Wanninger, K., Knausenberger, J., Wagner, U., Wilkinson, P. O., Nohr, L., & Hellmann, J. H. (2021). Help-seeking attitudes and distress disclosure among Syrian refugees in Germany. *Counseling Psychologist*, 49(3), 330–352. <https://doi.org/10.1177/0011000020974934>
- Schlehe, J. (2006). Kultur; Universalität und Diversität. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - interkulturelle Psychotherapie: Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (1. Aufl.). Springer.
- Scull, N. C., & Mousa, K. (2017). A phenomenological study of identifying as lesbian, gay and bisexual in an islamic country. *Sexuality & Culture*, 21(4), 1215–1233. <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9447-5>
- Sewilam, A. M., Watson, A. M., Kassem, A. M., Clifton, S., McDonald, M. C., Lipski, R., Deshpande, S., Mansour, H., & Nimgaonkar, V. L. (2015). Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 111–120. <https://doi.org/10.1177/0020764014537234>
- Shahid, F., Beshai, S., & Del Rosario, N. (2020). Fatalism and depressive symptoms: Active and passive forms of fatalism differentially predict depression. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 3211–3226. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01024-5>
- Sheth, N., O'Connor, S., Patel, S., & Dutton, M. A. (2023). To screen or not to screen: Exploring and addressing effective screening processes for trauma among forced migrants. *Journal of Migration and Health*, 7, 100148–100148. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100148>
- Simich, L., Maiter, S., & Ochocka, J. (2009). From social liminality to cultural negotiation: Transformative processes in immigrant mental wellbeing. *Anthropology & Medicine*, 16(3), 253–266. <https://doi.org/10.1080/13648470903249296>
- Slewa-Younan, S., Mond, J., Bussion, E., Mohammad, Y., Uribe Guajardo, M., Smith, M., Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy of resettled Iraqi refugees in Australia: Knowledge about posttraumatic stress disorder and beliefs about helpfulness of interventions. *BMC Psychiatry*, 14(1), 320–320. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0320-x>
- Slewa-Younan, S., Yaser, A., Guajardo, M.G.U., Mannan, H., Smith, C.A. & Mond, J.M. (2017). The mental health and help-seeking behaviour of resettled Afghan refugees in

- Australia. *International journal of mental health systems*, 11(1), 49.
<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0157-z>
- Solberg, Ø., Vaez, M., Johnson-Singh, C. M., & Saboonchi, F. (2020). Asylum-seekers' psychosocial situation: A diathesis for post-migratory stress and mental health disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109914.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109914>
- Statistik Austria (2024). *Bildungsstand der Bevölkerung*. Zuletzt abgerufen am 25.11.2024.
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/bildungsstand-der-bevoelkerung>
- Steiner, E., & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen: von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (6. Aufl.). Uni-Taschenbücher GmbH, & Verlag.
- Subedi, P., Li, C., Gurung, A., Bizune, D., Dogbey, M. C., Johnson, C. C., & Yun, K. (2015). Mental health first aid training for the Bhutanese refugee community in the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 20–20.
<https://doi.org/10.1186/s13033-015-0012-z>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: A population-based survey. *BMJ Open*, 7(12), e018899-e018899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899>
- Tomasi, A.-M., Slewa-Younan, S., Narchal, R., & Rioseco, P. (2022). Professional mental health help-seeking amongst Afghan and Iraqi refugees in Australia: Understanding predictors five years post resettlement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1896. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031896>
- Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2020). Ready, willing and able? An investigation of the theory of planned behaviour in help-seeking for a community sample with current untreated depressive symptoms. *Prevention Science*, 21(6), 749–760. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01099-2>
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 51-51.
<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
- Umarji, O., & Islam, F. (2022). *Faith in mind: Islam's role in mental health*. Yaqeen Institute for Islamic Research. <https://yaqeeninstitute.org/read/paper/faith-in-mind-islams-role-in-mental-health>

- Umatham, J., Wafler, A., Ehart, S. (2018). *Syrien*. Initiative mehr als Flucht: Infos zu Herkunftsregionen. Zuletzt abgerufen am 18.04.2024.
 Chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcglclefindmkaj/https://mehralsflucht-ksa.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_mehralsflucht/Broschueren/Syrien_8.2.18.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees Österreich. (2017). *Flucht und Asyl in Österreich: Die häufigsten Fragen und Antworten*. Zuletzt abgerufen am 07.03.2024.
https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2018/01/AT_UNHCR_Fragen-und-Antworten_2017.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024^a). *Global Trends. Forced Displacement in 2023*. Zuletzt abgerufen am 26.04.2024.
<https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023>
- United Nations High Commissioner for Refugees Deutschland. (2024^b). *Verzweiflung treibt Tausende Syrer nach Europa*. Zuletzt abgerufen am 18.11.2024. <https://www.unhcr.org/de/news/press-releases/verzweiflung-treibt-tausende-syrer-nach-europa>
- Van der Boor, C. F., & White, R. (2020). Barriers to accessing and negotiating mental health services in asylum seeking and refugee populations: The application of the candidacy framework. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(1), 156–174.
<https://doi.org/10.1007/s10903-019-00929-y>
- Weatherhead, S., & Daiches, A. (2010). Muslim views on mental health and psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(1), 75–89.
<https://doi.org/10.1348/147608309X467807>
- Weigl, M., & Gaiswinkler S. (2019). *Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit*. Gesundheit Österreich, Wien.
- 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–e047385. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047385>
- Wells, R., Wells, D., Steel, Z., Hunt, C., Alachkar, M., & Lawsin, C. (2016). A qualitative study of explanations of and attitudes to mental health concerns among Syrian refugees living in Jordan. *Global Challenges and Cultural Psychiatry*, 284, 165–176.

- World Bank Open Data (2024). *Educational attainment - Syrian Arab Republic*. Zuletzt abgerufen am 25.11.2024.
<https://data.worldbank.org/indicator/SE.SEC.CUAT.UP.ZS?locations=SY>
- World Health Organization (2023). *Depressive disorder (depression)*. Zuletzt abgerufen am 24.04.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Widyatmiko, S. V., & Surjaningrum, E. R. (2022). Predicting the intention of seeking psychological help among emerging adults with divorced parents using the theory of planned behavior. *Psychological Thought*, 15(2), 204–217.
<https://doi.org/10.37708/psyc.v15i2.652>
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: properties of the general help-seeking questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39(1), 15.
- Yaser, A., Slewa-Younan, S., Smith, C. A., Olson, R. E., Guajardo, M. G. U., & Mond, J. (2016). Beliefs and knowledge about post-traumatic stress disorder amongst resettled Afghan refugees in Australia. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0065-7>
- Youssef, J., & Deane, F. P. (2006). Factors influencing mental-health helpseeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), 43–46. <https://doi.org/10.1080/13674670512331335686>
- Ypinazar, V. A., & Margolis, S. A. (2006). Delivering culturally sensitive care: The perceptions of older Arabian Gulf Arabs concerning religion, health, and disease. *Qualitative Health Research*, 16(6), 773–787.
- Zehetmair, C., Zeyher, V., Cranz, A., Ditzen, B., Herpertz, S. C., Kohl, R. M., & Nikendei, C. (2021). A walk-in clinic for newly arrived mentally burdened refugees: The patient perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052275>
- Zeinoun, P., Akl, E. A., Maalouf, F. T., & Meho, L. I. (2020). The Arab region's contribution to global mental health research (2009–2018): A bibliometric analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 182–182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00182>
- Zolezzi, M., Alamri, M., Shaar, S., & Rainkie, D. (2018). Stigma associated with mental illness and its treatment in the Arab culture: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(6), 597–609.
<https://doi.org/10.1177/0020764018789200>

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Teilnehmenden	39
Tabelle 2: Deskriptive Statistik und Korrelationsmatrix der Studienvariablen	42
Tabelle 3: Multiple lineare Regression H2	48
Tabelle 4: Multiple lineare Regression H3	50
Tabelle 5: Antwortverhalten beim Item “Gottes Wille“	89
Tabelle 6: GHSQ-Antwortverhalten	90

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schaubild der Theorie des geplanten Verhaltens	10
Abbildung 2: Präferenz für die verschiedenen Unterstützungsquellen	45

9 Anhang

9.1 Anhang A

9.1.1 *Abstract (deutsch)*

Syrische Geflüchtete bilden die größte Gruppe von Geflüchteten in Österreich und sind aufgrund zahlreicher Stressoren vor, während und nach der Flucht häufig erheblich psychisch belastet. Dennoch zeigen sie im Zielland nur eine geringe Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützungsangebote. Es mangelt an empirischen Befunden, welche die Präferenzen syrischer Geflüchteter in Österreich hinsichtlich unterschiedlicher Formen der Unterstützung beleuchten. Diese sind jedoch von entscheidender Bedeutung, um die Interventionen adäquater zu gestalten und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu fördern. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Arbeit untersucht, welche Quellen der Unterstützung (formell vs. informell) von syrischen Geflüchteten in Österreich bevorzugt werden. Darüber hinaus wurde der Einfluss von Stigmatisierungssorgen sowie von religiösen Ursachenzuschreibungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen auf die Präferenzen analysiert. Mithilfe standardisierter Fragebögen wurden Daten von 153 syrischen Geflüchteten erhoben. Informelle Quellen (Familie, Freund*innen, religiöse Autoritäten) wurden gegenüber psychologischen Diensten nicht insgesamt bevorzugt. Zwar wurde die Unterstützung durch ein Familienmitglied als signifikant hilfreicher eingeschätzt als professionelle psychologische Hilfe, für Freund*innen oder religiöse Autoritäten ließ sich jedoch kein solcher Effekt nachweisen. Sorgen über Stigmatisierung standen nicht in positivem Zusammenhang mit der Präferenz für informelle Unterstützung. Demgegenüber ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Überzeugung, psychische Erkrankungen seien auf den Willen Gottes zurückzuführen, und der Präferenz für religiöse Autoritäten. Die Befunde verdeutlichen die Vielschichtigkeit der Präferenzen syrischer Geflüchteter und betonen die Notwendigkeit kultursensibler, barrierefreier psychosozialer Unterstützungsangebote, die sowohl individuelle als auch kulturell geprägte Präferenzen berücksichtigen. Um der geringen Inanspruchnahme psychologischer Dienste entgegenzuwirken, sind jedoch genauere Kenntnisse über strukturelle Barrieren in Österreich notwendig, die den Zugang zu diesen Angeboten für Geflüchtete erschweren.

Schlagwörter: syrische Geflüchtete, psychische Belastung, Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsquellen, Furcht vor Stigmatisierung, Ursachenzuschreibung für psychische Erkrankungen.

9.1.2 Abstract (englisch)

Syrian refugees are the largest group of refugees in Austria and are often under considerable psychological strain due to multiple stressors before, during and after their flight. Yet they make little use of professional psychosocial support services in their destination country. There is a lack of empirical findings that shed light on the preferences of Syrian refugees in Austria regarding different sources of help. However, this knowledge is crucial in order to design interventions that meet refugees' needs and promote the use of professional help. Therefore, this study investigated which sources of help (formal vs. informal) are preferred by Syrian refugees in Austria. In addition, the influence of concerns about stigma and religious belief systems regarding the causes of mental illness on preferences was analysed. Data was collected from 153 Syrian refugees using standardized questionnaires. Informal sources (family, friends, religious authorities) were not generally preferred to mental health services. Although support from a family member was rated as significantly more helpful than professional psychological help, no such effect was found for friends or religious leaders. Concerns about stigma were not positively associated with a preference for informal help. However, there was a significant positive association between the belief that mental illness is caused by God's will and the preference for religious leaders. The findings illustrate the complexity of Syrian refugees' preferences and highlight the need for culturally sensitive, low-barrier mental health services that take into account both individual and culturally influenced preferences. However, in order to address the low uptake of mental health services, a better understanding of the structural barriers in Austria that make it difficult for refugees to access these services is needed.

Keywords: Syrian refugees, mental distress, preferences regarding source of help, fear of stigma, causes of mental illness.

9.2 Anhang B

9.2.1 *PTBS-Fallvignette (in Anlehnung an Grupp & Conrad, 2017)*

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

9.2.2 *Depression-Fallvignette (in Anlehnung an Subedi et al., 2015)*

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

9.3 Anhang C

Tabelle 5

Antwortverhalten beim Item „Gottes Wille“ je nach Fallvignette

	Fallvignette Depression		Fallvignette PTBS	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Stimmt überhaupt nicht	9	12.7	6	8.5
Stimmt nicht	11	15.5	13	18.3
Weder noch	10	14.1	11	15.5
Stimmt	24	33.8	27	38
Stimmt voll und ganz	17	23.9	14	19.7

Anmerkung. Antwortverhalten auf die Instruktion „Bitte kreuzen Sie an, wie stark Ihrer Meinung nach die unten aufgeführten Ursachen die oben beschriebenen Beschwerden verursachen könnten“ mit dem dazugehörigen, für diese Masterarbeit relevanten Item „Gottes Wille“. Die beschriebenen Beschwerden entsprachen entweder den Symptomen einer Depression oder einer PTBS.

9.4 Anhang D

Tabelle 6

GHSQ-Antwortverhalten^a

Variable	Äußerst unwahr- scheinlich	Sehr unwahr- scheinlich	Eher unwahr- scheinlich	Unsiche- r	Eher wahr- scheinlich	Sehr wahr- scheinlich	Äußerst wahr- scheinlich
Partner	6.9%	5.5%	4.8%	13.1%	13.8%	15.9%	40%
Freunde	8.3%	6.3%	7.6%	19.4%	24.3%	16%	18.1%
Eltern	8.5%	7%	6.3%	8.5%	13.4%	15.5%	40.8%
Andere Familienmitglieder r/ Verwandte	9.6%	4.8%	12.3%	11.6%	13.7%	19.2%	28.8%
Religiöse Autorität	21.7%	6.3%	18.9%	19.6%	16.8%	6.3%	10.5%
Psychiater	10.3%	3.4%	8.3%	20%	16.6%	14.5%	26.9%
Psychologe/ Psychotherapeut	12.7%	3.5%	6.3%	20.4%	19%	15.5%	22.5%

Anmerkung. ^a Antwortverhalten auf die Frage „Bei wem sollte die oben beschriebene Person mit ihren Problemen Hilfe aufsuchen? Wer von den folgenden Personen könnte ihr am besten helfen?“