

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Beratungserfahrungen geflüchteter Frauen in Österreich: Eine
qualitative Analyse genderspezifischer und kultursensibler
Faktoren

verfasst von | submitted by

Tara Aleksandra Jovanović B.Sc.

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:

Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster Privatdoz.

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei Univ.-Prof. Dr. Lueger-Schuster für die Betreuung dieser Masterarbeit, sowie die fachliche Expertise, das Interesse an dem Forschungsprojekt und die Unterstützung im gesamten Prozess bedanken.

Ein ganz besonderer Dank gilt der Ansprechperson einer der Beratungsstellen für die Weitervermittlung und Unterstützung zur Umsetzung des Forschungsprojektes. Im Zuge dessen möchte ich mich ganz herzlich bei den Beraterinnen bedanken, die nicht nur selbst partizipiert haben, sondern darüberhinaus ermöglicht haben, dass ihre Klientinnen an dieser Studie teilnehmen und somit dieses Forschungsprojekt maßgeblich unterstützt haben. Ich möchte mich zudem bei den Personen bedanken, die entweder kurz- oder langfristig als Sprachmittler:innen fungiert haben und somit den Zugang zur Zielgruppe ermöglicht haben.

Am allermeisten möchte ich mich bei den Teilnehmerinnen bedanken. Ohne ihr Vertrauen, ihre Offenheit und Bereitschaft über ihre Erfahrungen in der Beratung zu sprechen, wäre es nicht möglich gewesen das Forschungsprojekt durchzuführen. Ich hoffe, es ist mir gelungen, das Geteilte wissenschaftlich sinnvoll und zielführend aufzubereiten.

Ich möchte mich bei meinen Eltern bedanken, für die Unterstützung und das Verständnis für die gesamte Dauer meines Studiums - und insbesondere meine BKS-Kenntnisse, die ebenfalls einen wesentlichen Teil zur Durchführung des Forschungsprojektes beigetragen haben. Auch außerhalb der Sprachkenntnisse machen die Einblicke, die ich durch euch und eure Biografien erhalten habe, einen wesentlichen Teil meiner Perspektive auf das Forschungsthema aus.

Ein großer Dank gilt auch meiner Therapeutin für das Interesse, Verständnis und die Unterstützung den gesamten Prozess und den Abschluss des Studiums überdauernd.

Ich möchte mich bei meinen Freund:innen bedanken fürs Aushalten und Zuhören die letzten Monate und die Begeisterung für jeden noch so kleinen Fortschritt. Ein besonderer Dank gilt Lina, Janne und Daniel für die abschließenden Korrekturen und Gedanken zur Arbeit.

Inhalt

Beratungserfahrungen geflüchteter Frauen in Österreich: Eine qualitative Analyse	
genderspezifischer und kultursensibler Faktoren	6
Psychische Belastung bei geflüchteten Frauen	7
Stressoren im Kontext von Flucht und Migration	8
Postmigrationsstressoren	8
Genderspezifische Stressoren	9
Strukturelle Barrieren und kulturspezifische Herausforderungen	11
Psychologische Beratung für geflüchtete Personen in Österreich	11
Gruppenbasierte psychologische Beratung	12
Analysefaktoren für Beratungskonzepte und -erfahrungen	12
Genderspezifische Faktoren	13
Kultursensible Faktoren	13
Umgang mit Barrieren und Stressoren	14
Ressourcen und Resilienzförderung	14
Forschungsfragen	15
Methoden	16
Studiendesign	16
Rekrutierung	16
Stichprobe	16
Messinstrumente und Datenerhebung	17
Auswertung	19
Ergebnisse	21
Umgang mit Barrieren und Stressoren	21
Strukturelle Barrieren	22
Aspekte der Beratung	24
Ursache für Beratung	25
Genderspezifische Faktoren	26
Präferenz Gender Berater:in	26
Genderrollen und Gendererwartungen	27
Rolle der Beratung	28

Kultursensible Faktoren	29
Kulturelle Passung Berater:in	29
Sprache	30
Psychoedukation	31
Kulturell geprägte Zugangsbarrieren	32
Kulturelle Themen	33
Ressourcen und Resilienzförderung	34
Familie	34
Soziales Netzwerk	35
Interventionen und Übungen	35
Ratschläge	36
Beratungsgruppe	36
Positive Aspekte	37
Negative Aspekte	38
Erfahrung und Bewertung der Beratung	38
Relevante Kompetenzen Berater:in	39
Setting der Beratung	40
Wünsche für zukünftige Beratungen	41
Bewertung der Wirksamkeit und Zufriedenheit	42
Traumainformierte Konzepte	44
Ergebnisse der Kurzfragebögen für Beraterinnen	44
Diskussion	45
Umgang mit Barrieren und Stressoren	45
Kultursensible Faktoren	47
Ressourcen und Resilienzförderung	49
Beratungsgruppe	50
Erfahrung und Bewertung der Beratung	51
Traumainformierte Konzepte	53
Limitationen	54
Forschungsausblick	56
Implikationen	57

Fazit	59
Literatur	60
Tabellenverzeichnis	74
Abkürzungsverzeichnis	74
Appendix	75
Anhang A	75
Anhang B	77
Anhang C	78
Anhang D	80
Anhang E	82
Anhang F	85
Anhang G	87

Beratungserfahrungen geflüchteter Frauen in Österreich: Eine qualitative Analyse genderspezifischer und kultursensibler Faktoren

Die Anzahl der Menschen, die aufgrund von Krieg, Menschenrechtsverletzungen oder Verfolgung aus ihrem Herkunftsland fliehen mussten, ist im letzten Jahrzehnt stark angestiegen. Ende des Jahres 2024 befanden sich weltweit rund 123 Millionen Menschen auf der Flucht (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2024). Damit wurde ein Höchststand innerhalb der letzten 30 Jahre erreicht. Dies umfasst sowohl Personen, die im Jahr 2024 vertrieben wurden, als auch um Menschen, die bereits in den Vorjahren ihr Herkunftsland verlassen mussten und sich weiterhin in einer anhaltenden Fluchtlage oder erzwungenen Migrationssituation befinden. Im Jahr 2024 lebten weltweit 42,7 Millionen geflüchtete Personen in einem anderen Land, als ihrem Herkunftsland. Die Hälfte davon sind Frauen (UNHCR, 2024).

Auch in Österreich nahm die Zahl der geflüchteten Personen deutlich zu. Im Jahr 2024 lebten 284,828 geflüchtete Personen in Österreich. Dies entspricht einem Zuwachs von 10.5 Prozent gegenüber dem Vorjahr (UNHCR, 2024). Hinzu kommen weitere Gruppen mit Fluchterfahrung, etwa Asylsuchende und subsidiär Schutzberechtigte. Ungefähr die Hälfte der geflüchteten Personen sind Frauen, es fehlen jedoch Statistiken, die die Genderverteilung ausreichend aufschlüsseln. Im Jahr 2025 betrafen über die Hälfte der Asylgewährungen Frauen (Österreichischer Integrationsfonds [ÖIF], 2025). Im europäischen Vergleich zählt Österreich zu den Ländern mit einer besonders hohen Anzahl an Asylanträgen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl und belegte im Jahr 2023 den zweiten Platz innerhalb der europäischen Union (European Union Agency for Asylum [EUAA], 2024). Im vergangenen Jahr ist die Anzahl der Asylanträge gesunken, dennoch bleibt die Gesamtzahl der in Österreich lebenden geflüchteten Personen hoch (EUAA, 2025).

Diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit, sich intensiver mit den Auswirkungen von Flucht- und Ankunftserfahrungen auf die psychische Gesundheit auseinanderzusetzen. Dies ist besonders in Hinblick auf ein langjähriges Leben im Aufnahmeland, dem zugrundeliegenden Ankommens- und Teilhabeprozess und den damit einhergehenden Hürden relevant. Die aktuelle Forschungslage vernachlässigt eine Perspektive, die über die Fluchtgeschichte hinaus geht und die strukturellen Herausforderungen im Ankunftsland anerkennt. Es bedarf zudem weitere Forschung zu

psychologischen Interventionen für Betroffene (Im et al., 2021; McCleary & Horn, 2024). Im Kontext dieser können psychologische Beratungen relevant sein, da sie den zentralen Bestandteil der psychosozialen Versorgung von geflüchteten Personen in Österreich bilden. Eine entsprechende psychologische Versorgung kann die unmittelbaren Auswirkungen des Erlebten abmildern sowie langfristig die psychische Gesundheit stärken und die Inklusion und Partizipation im Ankunftsland unterstützen (Molendijk et al., 2024).

Aktuelle Forschung hebt die erhöhte psychische Belastung und Vulnerabilität von geflüchteten Frauen hervor (Blackmore et al., 2020; Directorate-General for Internal Policies of the Union [DGIPU] & Davaki, 2021). Dabei sind sowohl Stressoren, die aufgrund der Flucht- und Ankunftserfahrung auftreten, als auch Stressoren, die das Gender betreffen, relevant (Henkelmann et al., 2020; Nutsch & Bozorgmehr, 2020). Dies kann auf eine Doppelbelastung dieser Personengruppe hindeuten und bedarf Forschung mit einem intersektionalen Fokus sowie den Einbezug genderspezifischer und kultursensibler Faktoren in die psychologischen Beratung.

Im Folgenden wird der Begriff Frau verwendet, um die Genderidentität der Betroffenen zu beschreiben, einschließlich der Aspekte, die durch Sozialisierung entstehen. Obwohl die Untersuchung nicht auf cis Frauen beschränkt ist, können für trans* oder nicht-binäre Personen zusätzliche relevante Faktoren bestehen, die im Kontext dieser Studie nicht erhoben werden.

Psychische Belastung bei geflüchteten Frauen

Es liegt für die Population von geflüchteten Personen eine erhöhte psychische Belastung sowie eine höhere Prävalenz für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Angststörungen und Depressionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vor (Blackmore et al., 2020; Bogic et al. 2015; Henkelmann et al., 2020; Porter & Haslam, 2005; Steel et al., 2009). Diese Prävalenzzraten bleiben unabhängig von der Zeitspanne, die seit der Flucht vergangen ist, bestehen (Blackmore et al., 2020; Henkelmann et al., 2020).

Diese höheren Prävalenzen, insbesondere im Vergleich zu geflüchteten Männern aus vergleichbaren Kontexten, weisen auf genderspezifische Ungleichheiten hin, die gezielte Forschung und Interventionen erfordern (Blackmore et al., 2020; DGIPU & Davaki, 2021; Sullivan et al., 2020).

Stressoren im Kontext von Flucht und Migration

Geflüchtete Personen sind von diversen Stressoren betroffen, die mit der Lebenssituation im Herkunftsland, Flucht und Ankunft im Aufnahmeland zusammenhängen. Es wird zwischen Prä- und Postmigrationsstressoren unterschieden. Prä migrationsstressoren beschreiben potentiell traumatische Ereignisse, wie verschiedene Formen der Gewalt, Verfolgung oder Unterdrückung (Fazel et al., 2005). In diesem Kontext kann auch von einer multiplen Traumaexposition vor und während der Flucht ausgegangen werden (Fazel et al., 2005; Steel et al., 2009). Zahlreiche Studien stützen die Annahme, dass Prä migrationsstressoren wesentlich zu der psychischen Belastung von geflüchteten Personen beitragen (Steel et al., 2009; Terheggen et al., 2001). Postmigrationsstressoren umfassen jene Stressoren, die durch die Ankunfts- und Migrationserfahrung im Ankunftsland entstehen. Die aktuelle Studienlage weist darauf hin, dass die Beeinträchtigung der psychische Gesundheit von geflüchteten Personen stärker mit Postmigrationsstressoren assoziiert ist, als mit Prä migrationsstressoren (Chu et al., 2013; Schweitzer et al., 2011; Solberg et al., 2020). Bei der Personengruppe von geflüchteten Frauen kann von einer zusätzlichen Belastung durch genderspezifische Stressoren ausgegangen werden (Jarallah & Baxter, 2019). Der Einbezug dieser ist unerlässlich um die Belastung der Personengruppe angemessen zu erfassen (Tahir et al., 2022).

Postmigrationsstressoren

Die Relevanz von Postmigrationsstressoren hinsichtlich der psychische Belastung von geflüchteten Personen wird durch den Vergleich der Prävalenzraten verdeutlicht. Einerseits sind die Prävalenzraten für psychische Störungen bei geflüchteten Personen höher als bei Personen ohne Fluchterfahrung oder der Allgemeinbevölkerung. Andererseits trifft dies aber auch im Vergleich zu Populationen aus Krisen- und Kriegsgebieten zu (Henkelmann et al., 2020). Dies veranschaulicht die Auswirkungen von Postmigrationstressoren (Kartal et al., 2018; Siriwardhana et al., 2014). Aktuelle Befunde belegen zudem, dass Postmigrationsstressoren, die Art von Stressoren sind, die am stärksten mit der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit assoziiert sind (Aragona et al., 2019; Chu et al., 2013; Porter & Haslam, 2005; Schweitzer et al., 2011; Solberg et al., 2020).

Unter Postmigrationsstressoren fallen interpersonelle Stressoren, wie etwa soziale Isolation und wahrgenommene Diskriminierung. Zudem werden auch intrapersonelle

Stressoren, wie Einsamkeitsgefühle und Heimweh genannt (Laban et al., 2005; Li et al., 2016). Als Postmigrationsstressoren werden auch Stressoren, die mit dem Asylverfahren assoziiert sind, wie beispielsweise unsicherer Aufenthaltsstatus und fehlende Arbeitserlaubnis sowie Stressoren, die mit der Migration zusammenhängen, wie beispielsweise kulturelle und sprachliche Unterschiede, kategorisiert (Dangmann et al., 2021; von Haumeder et al., 2019). Sozioökonomische Faktoren wie Finanzen und Wohnsituation sowie Stressoren, die entfernt mit dem Asylverfahren in Verbindung stehen, wie beispielsweise der eingeschränkte Zugang zu juristischen Dienstleistungen, mangelnde Handlungsfähigkeit und ein fehlendes Kontrollgefühl, fallen auch unter Postmigrationsstressoren (Li et al., 2016).

Postmigrationsstressoren stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit PTBS, depressiven Störungen und Angststörungen sowie einer erhöhten psychischen Belastung bei geflüchteten Personen (Laban et al., 2005; Nutsch & Bozorgmehr, 2020; Vonnahme et al., 2015).

Die Berücksichtigung und Reduktion von Postmigrationsstressoren kann unter Anbetracht der Möglichkeit für präventive Maßnahmen durch das Aufnahmeland einen wesentlichen Faktor darstellen (Nutsch & Bozorgmehr, 2020). So können sozialpolitische, psychosoziale und therapeutische Maßnahmen im Aufnahmeland dazu beitragen, die psychische Belastung geflüchteter Personen, die aus Postmigrationsstressoren resultiert, zu reduzieren (Nutsch & Bozorgmehr, 2020; Li et al., 2016). Postmigrationsstressoren betreffen geflüchtete Personen unabhängig von ihrem Gender. Die Personengruppe von geflüchteten Frauen ist jedoch zusätzlich durch weitere Faktoren beeinträchtigt und somit bedarf es einer Analyse der Stressoren unter genderspezifischen Aspekten.

Genderspezifische Stressoren

Als Erklärungen für die stärkere psychische Belastung von weiblichen geflüchteten Personen im Vergleich zu männlichen werden Stressoren, die mit dem weiblichen Gender assoziiert sind genannt (Jarallah & Baxter, 2019; Vu et al., 2014). Diese umfassen eine negative Einstellung gegenüber Frauen, mangelnde Anerkennung ihrer Arbeit, ein erhöhtes Risiko für Gewalterfahrungen, sowie weniger Möglichkeiten hinsichtlich Arbeit und Bildung (Feyera et al., 2015). Zudem werden Aspekte, wie klassische Geschlechterrollen und daraus resultierende Limitationen, die die Wahlmöglichkeiten bezüglich des eigenen Lebens betreffen und in einer niedrigeren sozialen Statusposition resultieren können, genannt

(Jarallah & Baxter, 2019). Dies ist mit zusätzlicher Verantwortungsübernahme bei der Kinderbetreuung sowie Care-Arbeit und Einschränkung im autonomen Aufsuchen von Gesundheitsleistungen verbunden (DeSa et al., 2020; Tahir et al., 2022). Zur Anerkennung dieser Stressoren und deren Auswirkungen auf die psychische Belastung, ist eine Kategorisierung in genderspezifische Stressoren notwendig. Diese Art der Stressoren wird in Krisensituationen, wie beispielsweise im Krieg, weiter verstärkt und verschärft das bestehende Ungleichgewicht zusätzlich (Vu et al., 2014). So wurde in einer genderspezifischen Analyse zum Krieg in der Ukraine eine unverhältnismäßige Mehrbelastung von Frauen beobachtet (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN Women], 2022). Dieses Ungleichgewicht ergab sich vor allem aus erhöhter Care-Arbeit, Erwerbslosigkeit und gesteigerten Erwartungshaltungen bezüglich traditionellen Geschlechterrollen, wie die alleinige Übernahme der emotionalen Fürsorge für Familienangehörige. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für genderspezifische und sexualisierte Gewalt an geflüchteten Frauen (Sidebotham et al., 2016; Vu et al., 2014). So haben 69.3% der geflüchteten Frauen und Mädchen sexualisierte Gewalt erlebt (Keygnaert et al., 2012). Es besteht häufig eine bereits erhöhte psychischen Belastung von Frauen im Herkunftsland (Matud et al., 2019; Oram et al., 2017), die sich im Ankunftsland aufgrund zusätzlicher Barrieren manifestiert (Al-Krenawi, 2023). Darunter fallen vor allem ein unsicherer Aufenthaltsstatus, eine kürzere Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland, Diskriminierungserfahrungen, erschwerter Zugang zum Bildungs- und Gesundheitssystem, Sprachbarrieren und finanzielle Probleme (Jannesari et al., 2020). Diese Belege verdeutlichen, die Bedeutung genderspezifischer Stressoren für die Zielgruppe sowie den bestehenden Forschungsbedarf im Kontext psychologischer Versorgung.

Zugang und Inanspruchnahme psychologischer Versorgung

Die Personengruppe von geflüchteten Frauen zeigt signifikant höhere Prävalenzen für psychische Erkrankungen im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung und zu geflüchteten Männern (Blackmore et al., 2020; Bogic et al., 2015). Zudem weist sie eine erhöhte psychische Belastung durch genderspezifische Stressoren und Postmigrationsstressoren auf (Jarallah & Baxter, 2019; Solberg et al., 2020). Dennoch wird eine deutlich geringere Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsdienste durch diese Personengruppe berichtet (Dumke et al., 2024; Satinsky et al., 2019). Dies lässt auf eine Unterversorgung geflüchteter

Frauen hinsichtlich psychologischer und psychosozialer Angebote schließen (Hollander et al., 2011; Steel et al., 2009). Als Ursache dafür, kann von strukturellen und kulturspezifischen Barrieren ausgegangen werden (Asfaw et al., 2020; Satinsky et al., 2019). Diese stehen wiederum im Zusammenhang mit genderspezifischen Stressoren und Postmigrationsstressoren, die den Zugang weiter erschweren und die psychische Belastung erhöhen.

Strukturelle Barrieren und kulturspezifische Herausforderungen

Dem erschwerten Zugang zur psychologischen Versorgung liegen sowohl strukturell als auch kulturell bedingte Barrieren zugrunde (Asfaw et al., 2020; Satinsky et al., 2019). Einerseits besteht sehr häufig eine Sprachbarriere, welche sich auf die Informationsvermittlung und die Teilnahme an der psychologischen Versorgung auswirkt (Chen & Chen, 2020). Dies kann mit kulturspezifischen Herausforderungen, wie der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen oder Scham davor psychologische Versorgung in Anspruch zu nehmen, interagieren (Renner et al., 2020; Tahir et al., 2022). In diesem Kontext können weitere strukturelle Barrieren, wie ein Mangel an finanziellen oder zeitlichen Ressourcen den Zugang zu psychologischen Angeboten behindern (Byrow et al., 2020; Satinsky et al., 2019).

Die aktuelle Forschungslage belegt die Notwendigkeit diese Aspekte in die Entwicklung und Umsetzung psychologischer Interventionen einzubeziehen, um auf die speziellen Bedürfnisse und Herausforderungen von geflüchteten Frauen einzugehen (Dumke et al., 2024; Molendijk et al., 2024; Tahir et al., 2022).

Psychologische Beratung für geflüchtete Personen in Österreich

Die Versorgungslandschaft in Österreich zeichnet sich vor allem durch psychologische Beratungsangebote für die betroffene Personengruppe aus (gesundheit.gv.at, 2022). Die Ergebnisse bisheriger Forschung deuten darauf hin, dass psychologische Interventionen für geflüchtete Frauen wirksam zur Reduktion von psychischer Belastung sein können (Molendijk et al., 2024). Es fehlen differenzierte Erkenntnisse über spezifische Wirkfaktoren sowie evidenzbasierte Leitlinien für psychologische Beratungsansätze (Molendijk et al., 2024; Renner et al., 2020). Die bisherige Forschung fokussiert sich überwiegend auf psychotherapeutische Interventionen (Due et al., 2024; Henkelmann et al., 2020; Molendijk et al., 2024), die jedoch in Österreich für die Zielgruppe nur schwer

zugänglich sind und nicht die praktische Realität an psychologischer Unterstützung vor Ort abbilden. Es wird auf die Wirksamkeit von psychologischer Beratung für die betroffene Population hingewiesen (Ali, 2020; Bemak & Chung, 2017; Shaw et al., 2023), jedoch bedarf es weiterer Forschung, um diese hinsichtlich Effektivität und spezifischen Wirkmechanismen fundiert zu untersuchen. Aktuelle Belege weisen zudem darauf hin, die Angemessenheit und Zugänglichkeit der Beratung für die Zielgruppe zu prüfen (Menon et al., 2024; Renner et al., 2020).

Gruppenbasierte psychologische Beratung

Aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Zielgruppe von gruppenbasierten psychologischen Interventionen profitieren kann (Due et al., 2024; Kirsch et al., 2024; Shaw et al., 2022). Vorteilhaft scheinen die soziale Vernetzung, das Gemeinschaftsgefühl und der niederschwellige Zugang zu sein (Kananian et al., 2020; Peterson et al., 2020; Shaw et al., 2022). Zudem weisen die Forschungsergebnisse auf die Relevanz von Austauschmöglichkeiten im Gruppenkontext sowie die emotionale Unterstützung durch die Teilnehmenden der Gruppe hin (Perplies et al., 2022). Dies fördert im Rahmen einer vertrauensvollen, harmonischen Atmosphäre in der Gruppe das Wohlbefinden der Teilnehmenden (Jumaa et al., 2020; Posselt et al., 2019). Fortführende Forschung wird benötigt, um die möglichen Vor- und Nachteile von Beratung im Gruppen- oder Einzelsetting zu untersuchen und weitere Wirkungsmechanismen zu ermitteln (Kirsch et al. 2024; Perplies et al., 2022).

Analysefaktoren für Beratungskonzepte und -erfahrungen

Aktuelle Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass für geflüchtete Frauen aufgrund besonderer Vulnerabilitäten sowie gender- und migrationsspezifischer Stressoren spezifische Faktoren im Kontext psychologischer Beratung relevant sein können (Due et al., 2024; Tappis et al., 2016). Bislang liegen jedoch nur begrenzte empirische Befunde darüber vor, welche dieser Faktoren in welchem Ausmaß für die Zielgruppe bedeutsam sind und inwiefern sie in der Beratungspraxis tatsächlich berücksichtigt werden. Die bestehende Studienlage zeigt somit eine Forschungslücke auf.

Im Folgenden werden daher zentrale Faktoren dargestellt, die in der Literatur als relevant für diese Zielgruppe im Kontext psychologischer Beratung beschrieben werden. Diese können eine theoretische Grundlage für die Analyse von Beratungskonzepten und

-erfahrungen bilden. Aufgrund der begrenzten empirischen Befundlage werden ergänzend Erkenntnisse aus psychotherapeutischen und peer-basierten Kontexten herangezogen, sofern diese auf Beratungsprozesse übertragbar erscheinen.

Genderspezifische Faktoren

Die aktuelle Studienlage liefert Hinweise darauf, dass die Integration genderspezifischer Faktoren in die psychologische Beratung sinnvoll sein kann (Tappis et al., 2016). Darunter fallen die Exploration von Gewalterfahrungen, genderspezifischer Vorstellungen und Erwartungen sowie Annahmen zu eigenen Handlungsspielräumen (Keegan, 2019). Zudem können spezifische protektive Faktoren für die Zielgruppe relevant sein, wie etwa religiöse Bindung, soziale Netzwerke und die Bedeutung von Gemeinschaft (Hawkes et al., 2021a; Stempel et al., 2017). Es gilt zu untersuchen, in welchem Ausmaß das Gender der Beratungsperson für die Zielgruppe von Bedeutung ist, da limitierte Befunde auf eine Präferenz für weibliche Bezugspersonen hindeuten (Perplies et al., 2022).

Kultursensible Faktoren

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass der Zugang zu psychologischer Unterstützung durch kulturell bedingte Hindernisse erschwert ist (Byrow et al., 2020). Diese umfassen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen (Clement et al., 2015; Satinsky et al., 2019) und die durch kulturelle Einflüsse geprägte Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen (Tahir et al., 2022). Befunde weisen darauf hin, dass Diskriminierungserfahrungen durch nicht ausreichend kultursensibel geschultes Fachpersonal zu einer geringeren Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung führen können (DeSa et al., 2020; van der Boor et al., 2020).

Zudem können Religion und Spiritualität sowie familiäre Unterstützung und soziale Netzwerke innerhalb der Gemeinschaft des Herkunftslandes eine zentrale Rolle bei der Bewältigung psychischer Belastungen spielen (Paudyal et al., 2021; Theron & Theron, 2014; Weatherhead & Daiches, 2010). Es gelten für psychische Symptome oft andere kulturelle Ausdrucksformen, welche die Wahrnehmung von psychischer Gesundheit und den Ausdruck dieser beeinflussen (Tahir et al., 2022). Weitere Befunde deuten darauf hin, dass nicht nur die Wahrnehmung und der Ausdruck von Symptomen kulturell beeinflusst sind, sondern auch deren Herleitungen und Erwartungen an die jeweilige Intervention (Patel et al., 2021; Naeem, 2019).

Kultursensitive Anpassung der Beratung. Obwohl Befunde zur erhöhten Wirksamkeit kulturell adaptierter Interventionen vorliegen (Kirsch et al., 2024; McCleary & Horn, 2024), besteht ein Defizit an evidenzbasierten, kultursensiblen Interventionen, die gezielt auf die Bedürfnisse der Zielgruppen eingehen (Kronick et al., 2018; Im et al., 2021; Poudel-Trandukar et al., 2019). Für die kultursensitive Anpassung der Beratung können die Berücksichtigung migrationsbedingter Kontexte, kulturbedingter Problemlösungs- und Konfliktmuster (Schubert et al., 2019) sowie die Anpassung der Psychoedukation (Rathod et al., 2018) relevant sein. Die Studienlage deutet darauf hin, dass psychoedukative Ansätze in ihrer Wirksamkeit und Akzeptanz gesteigert werden können, indem sie kulturelle Hintergründe mit einbeziehen (Menon et al., 2024). Dies kann mithilfe von Verwendung kultureller Redewendungen zur Beschreibung von Symptomen (Kananian et al., 2020; Kasckow et al., 2014), der Nutzung von Sprach- und Kulturmittler:innen sowie Berater:innen, die den kulturellen Hintergrund der Zielgruppe gut kennen, erreicht werden (Chen & Chen, 2020; Orang et al., 2023).

Umgang mit Barrieren und Stressoren

Die Zielgruppe ist von diversen Stressoren und Barrieren im Ankunftsland betroffen, wie etwa von strukturellen und sprachlichen Hindernissen, Diskriminierungserfahrungen und finanziellen Schwierigkeiten (Dangmann et al., 2021; Hou et al., 2020). Aktuelle Befunde weisen darauf hin, dass diese Barrieren sowohl in der bisherigen Forschung (Kirsch et al., 2024) als auch in bestehenden Interventionen vernachlässigt wurden (Byrow et al., 2020; DeSa et al., 2020). Faktoren, die für die Zielgruppe relevant sein können, umfassen die Zugänglichkeit der Intervention (Due et al., 2014), die Möglichkeit der Nutzung der eigenen Erstsprache (Orang et al., 2023), Transportmöglichkeiten, Kinderbetreuung sowie Handlungsspielräume durch Genderrollen (Due et al., 2024; Kim et al., 2020; Posselt et al., 2017).

Ressourcen und Resilienzförderung

Die aktuelle Studienlage weist darauf hin, dass in der Zielgruppe spezifische Ressourcen vorhanden sind (Hawkes et al., 2020). Darunter fallen Religion, Spiritualität, familiärer Zusammenhalt und soziale Netzwerke einerseits innerhalb der Gemeinschaft des Herkunftslandes und andererseits auch in der Gesellschaft des Ankunftslandes (Schweitzer et al., 2006; Stempel et al., 2017).

Auch eine Teilnahme an Gruppenangeboten oder einer Beratungsgruppe und die Erfahrung eines Gemeinschaftsgefühls kann die Resilienz der Zielgruppe fördern (Böttche et al., 2016; Hawkes et al., 2021b). Zudem kann in Form von Psychoedukation die Gesundheitskompetenz gefördert werden (Wrede et al., 2021). Die aktuelle Studienlage deutet daraufhin, dass auch Übungen und Interventionen zur emotionalen Regulation, Stressverminderung, Achtsamkeit und Entspannung von Nutzen für die Zielgruppe sein können (Ali, 2020; Flory, 2017; Kananian et al., 2022).

Traumainformierte Konzepte

Studien weisen darauf hin, dass die Zielgruppe aufgrund ihrer Vulnerabilität von der Anwendung traumainformierter Konzepte profitieren kann (Mathis et al., 2024; Vallejo-Martín et al., 2021). Diese umfassen Aspekte wie Sicherheit, Vertrauen, Empowerment und Resilienzstärkung (Mathis et al., 2024; Sherwood & Liebling, 2012). So können das Kontrollerleben und das positive Selbsterleben der Zielgruppe gestärkt werden (Flory, 2017). Ergänzend können traumasensible Übungen zur Konzentration, Entspannung oder Achtsamkeit unterstützend wirken (Flory, 2017).

Forschungsfragen

Ziel der vorliegenden Studie ist die Analyse psychologischer Beratungen für geflüchtete Frauen in Österreich mit Fokus auf genderspezifische und kultursensible Faktoren. Zudem sollen der Umgang mit Stressoren und Barrieren, Ressourcen und Resilienzförderung sowie der Einbezug trauminformierter Konzepte in der Beratung berücksichtigt werden. Dies soll durch die Perspektive und Erfahrungen der Zielgruppe hinsichtlich der dargestellten Faktoren und deren Wirksamkeit ermittelt werden. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie erleben geflüchtete Frauen genderspezifische und kultursensible Faktoren in der psychologischen Beratung in Österreich?

Wie erleben geflüchtete Frauen die Integration von Stressoren, Ressourcen und traumainformierten Konzepten in der Beratungspraxis?

Welche Relevanz haben diese Aspekte für geflüchtete Frauen in der Beratungspraxis?

Welche Faktoren werden von geflüchteten Frauen als besonders hilfreich oder hinderlich wahrgenommen?

Inwiefern stimmen die Erfahrungen der Klientinnen mit den Einschätzungen der

Beraterinnen überein?

Methoden

Studiendesign

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem qualitativen Forschungsansatz. Dieser wurde gewählt, da ein qualitatives Vorgehen ein tiefergehendes Verständnis der Sichtweise der Betroffenen ermöglicht. Dies ist notwendig um die Zusammenhänge, spezifische Herausforderungen und wahrgenommene Wirksamkeit der psychologischen Beratung besser zu verstehen. Ziel ist es, aus der Perspektive geflüchteter Frauen in Österreich die genderspezifischen, kultursensiblen und weiteren für sie relevanten Faktoren in der psychologischen Beratung zu erfassen und zu analysieren.

Rekrutierung

Zur Rekrutierung von Teilnehmerinnen wurden Beratungsstellen und Organisationen in Österreich, die psychologische Beratung für geflüchtete Personen anbieten, kontaktiert. Im Zuge der Kontaktaufnahme wurde das Forschungsvorhaben ausführlich erläutert und um die Weitervermittlung an Klientinnen der Beratungsstellen gebeten. Als Einschlusskriterien wurden die Selbstidentifikation als Frau (cis oder trans*), das Vorhandensein einer Fluchtgeschichte in der eigenen Biographie und eine Teilnahme an einer psychologischen Beratung (Einzel- oder Gruppenberatung) festgelegt. Zur Rekrutierung wurden Flyer (Anhang B) auf Deutsch, Englisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch (B/K/S), Russisch, Ukrainisch, Farsi und Arabisch erstellt. Diese wurden sowohl im privaten Umfeld, als auch von den Beratungsstellen zur Rekrutierung genutzt und enthielten die wesentlichen Informationen zur Studienteilnahme. Die Rekrutierung gestaltete sich als herausfordernd, da die Beratungsstellen nur über begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen verfügten. Zudem handelt es sich bei der Zielgruppe von geflüchteten Frauen mit psychologischer Beratungserfahrung um eine vulnerable und schwer erreichbare Personengruppe. Psychische Beanspruchungen und die intime Natur psychologischer Beratung verringerten die Kapazitäten und Bereitschaft zur Interviewteilnahme. Hinzu kamen strukturelle Hürden wie Sprachbarrieren sowie der erhöhte organisatorische Aufwand zur Terminabstimmung.

Stichprobe

Innerhalb des Erhebungszeitraums wurden $N = 19$ Personen rekrutiert. Die Teilnehmerinnen haben an verschiedenen Beratungsstellen in Österreich an einer

Einzelberatung ($n = 14$) oder Beratungsgruppe ($n = 5$) teilgenommen. Wobei es sich bei den Teilnehmerinnen der Gruppenberatung um dieselbe Beratungsgruppe handelt. Die Beratung erfolgte in allen Fällen durch eine weibliche Beraterin. Die Beratungen im Einzelsetting fanden auf der Erstsprache der Teilnehmerinnen statt und die Beratungen im Gruppensetting auf Deutsch mit Einsatz eines Sprachmittlers. Die Teilnehmerinnen der Einzelberatungen ($n = 14$) befanden sich zu dem Zeitpunkt der Erhebung noch in laufender Beratung, die Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe ($n = 5$) hatten diese bereits abgeschlossen. Es wurden drei verschiedene Beratungsstellen in die Studie inkludiert. Die Anzahl der in Anspruch genommenen Beratungssitzungen betrug im Mittel 12 Sitzungen ($M = 11.68$, $SD = 10.76$), mit einer Range von einer bis 42 Sitzungen. Die Dauer der Teilnahme an der Beratung wurde in vier Kategorien klassifiziert: kurz (≤ 3 Monate, $n = 5$), mittel (4 bis 6 Monate, $n = 8$), lang (7 bis 12 Monate, $n = 3$) und sehr lang (> 12 Monate, $n = 3$). Da einige Rohangaben zur Dauer und Frequenz grob formuliert waren, erfolgte die Umrechnung in konkrete Monats- und Sitzungszahlen auf Basis der Auskunft zur Beratungshäufigkeit durch die jeweilige Beraterin. Alle Teilnehmerinnen waren cis-geschlechtliche Frauen und zwischen 21 und 73 Jahre alt ($M = 47.42$, $SD = 12.51$). Die Aufenthaltsdauer in Österreich betrug zwischen 2 Monate und 37 Jahre ($M = 12.91$, $SD = 10.70$). Die angegebenen Werte beziehen sich auf Jahre. Die Teilnehmerinnen stammen aus 10 verschiedenen Herkunftsländern, am häufigsten aus Serbien ($n = 5$), Bosnien ($n = 4$), Kroatien ($n = 2$) und Syrien ($n = 2$). Jeweils einmal vertreten waren Algerien, Sudan, Bulgarien, Georgien, Nordmazedonien und die Ukraine (jeweils $n = 1$).

Messinstrumente und Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch 17 qualitative, halbstrukturierte Interviews mit geflüchteten Frauen, die Erfahrungen mit psychologischen Beratungsangeboten gemacht haben. Der semistrukturierte Interviewleitfaden (Anhang C) wurde auf Basis der bisherigen Studienlage entwickelt mit dem Ziel, die jeweiligen Analysefaktoren zu extrahieren und den erwünschten Wissenszuwachs zur Relevanz dieser zu generieren. Neben allgemeinen Fragen zu Alter, Aufenthaltsdauer, Informationen zur Beratung und Frequenz wurden Fragen zu der Rolle und dem Umgang mit Barrieren und Stressoren, genderspezifischen Faktoren, kultursensiblen Faktoren, Ressourcen und Resilienzförderung in der Beratungspraxis gestellt. Zudem wurde die Zufriedenheit mit der Beratung, Veränderungswünsche und die subjektive

Wichtigkeit von Themen erfragt. Da die Zielgruppe aus geflüchteten Frauen mit unterschiedlichen sprachlichen und bildungsbezogenen Voraussetzungen bestand, wurde der Interviewleitfaden in einfacher und klar verständlicher Sprache formuliert. Die Fragen wurden bewusst kurz und direkt gehalten. Komplexe theoretische Begriffe sowie abstrakte Inhalte, wie etwa traumasensible Haltung oder psychologische Konzepte, konnten nicht direkt erfragt werden. Stattdessen wurden entsprechende Inhalte indirekt über konkrete Alltagserfahrungen oder Bewertungen erschlossen. Diese methodische Begrenzung wurde bei der Analyse berücksichtigt.

Der Interviewleitfaden wurde in folgenden Sprache konzipiert: Deutsch, Englisch und B/K/S. Der deutsche Interviewleitfaden wurde mittels einer Hin- und Rückübersetzung in die beiden anderen Zielsprachen übersetzt. Dies erfolgte in Zusammenarbeit mit zwei Personen, die die jeweilige Sprache als Erstsprache beherrschen.

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 12 und 36 Minuten, wobei ein Interview im Durchschnitt 20 Minuten und 50 Sekunden dauerte. Es wurden 15 Interviews im Einzelsetting durchgeführt. Zwei Interviews fanden im Gruppensetting mit jeweils zwei Teilnehmerinnen gleichzeitig statt. Der Grund hierfür war ein logistischer Umstand, wobei die Teilnehmerinnen der Gruppeninterviews gemeinsam an einer Gruppenberatung teilgenommen haben und es sich somit um einen ihnen vertrauten Kontext handelte. Es wurden 13 Interviews auf B/K/S und eines auf Englisch von der Studienleitung durchgeführt. Für die Interviews mit den Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe wurde mit Hilfe eines Sprachmittlers ein Interview auf Russisch und zwei Interviews auf Arabisch geführt. Der Sprachmittler erhielt die Anweisung das Gesagte möglichst Wort für Wort zu übersetzen. Der gewählte Sprachmittler war in der Beratungsgruppe ebenfalls in dieser Rolle tätig. Die Durchführung der Interviews erfolgte face-to-face in den Räumlichkeiten der jeweiligen Beratungsinstitutionen. Nach Übergabe der Studienaufklärung (Anhang D) und schriftlicher Zustimmung der Teilnehmerinnen erfolgte die Tonaufzeichnung der Interviews.

Zudem wurde ein Kurzfragebogen (Anhang E) für die Beraterinnen ($n = 4$) eingesetzt. Die Fragebögen wurden ausschließlich an jene Beraterinnen übermittelt, deren Klientinnen an der Studie teilgenommen haben. Bei den Beraterinnen handelte es sich in allen Fällen um Psychologinnen beziehungsweise um Klinische Psychologinnen. Der Fragebogen wurde konzipiert, da kein schriftliches Beratungskonzept der Beratungsstellen vorlag und dadurch

keine standardisierten Informationen über interne Leitlinien verfügbar waren. Durch Nutzung des Fragebogens wurde untersucht in welchem Ausmaß die Analysefaktoren relevant sind und inwiefern diese in die Beratungspraxis integriert werden. Der Fragebogen erhob die durchschnittliche Häufigkeit der Beratungssitzungen pro Klientin im Monat. Zudem wurde mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet, wie sehr genderspezifische und kultursensible Faktoren sowie der Umgang mit Stressoren, Barrieren und Ressourcen in der Beratung thematisiert werden. Zu jedem Themenbereich wurden fünf Beispiele im Multiple-Choice Format angegeben, sowie eine offene Kategorie mit der Möglichkeit zu ergänzen. Es wurde auch gefragt, ob die Beratung auf traumasensiblen oder traumainformierten Konzepten basiert. Die letzte Frage des Fragebogens richtete sich an Wünsche oder Anmerkungen für die Weiterentwicklung der Beratung und war offen formuliert. Der Fragebogen wurde den Beraterinnen per E-Mail nach Abschluss der Interviewerhebung zugesendet und auf diesem Wege schriftlich beantwortet.

Auswertung

Zur Datenauswertung wurde die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) angewandt. Diese Technik eignet sich für eine deduktives Vorgehen, bei dem theoriegeleitete Kategoriensysteme auf empirisches Material angewendet werden. So können spezifische inhaltliche Aspekte systematisch erfasst werden. Im ersten Schritt wurden die Interviews wörtlich in der jeweiligen Sprache unter Nutzung des computergestützten Tools MAXQDA (Version 2022, VERBI Software) transkribiert. Zur Bereinigung der Transkripte wurden nicht inhaltstragende Textteile wie Verabschiedungen, Abschweifungen und sprachliche Füllwörter entfernt. Ebenso wurden Übersetzungen durch den Sprachmittler in andere Sprachen als Deutsch sowie noch nicht übersetzte Aussagen in der Originalsprache aus dem Material ausgeschlossen.

Im Rahmen der strukturierenden Analyse wurde ein deduktives Vorgehen gewählt. Es wurden im ersten Schritt Kategorien theoriegeleitet auf Basis einschlägiger Literatur sowie der Forschungsfragen entwickelt. Die deduktiv entwickelten Hauptkategorien umfassten: (1) *Umgang mit Barrieren und Stressoren*, definiert als postmigrantische Herausforderungen wie Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen und eingeschränkte Zugänge zum System in Österreich; (2) *Genderspezifische Faktoren*, definiert als Einbezug genderspezifischer Stressoren und Themen, wie Genderrollen und Erwartungen in Partnerschaften oder Familie,

in die Beratung; (3) *Kultursensible Faktoren*, definiert als Berücksichtigung kulturspezifischer Werte, Erwartungen und Hindernisse in der Inanspruchnahme und Teilnahme an psychologischer Beratung; (4) *Ressourcen und Resilienzförderung*, definiert als Faktoren, die vorhandene Stärken und Fähigkeiten der Klientinnen fördern oder diese selbst als stärkend empfinden.

Im weiteren Verlauf des Kodierprozesses wurden zwei zusätzliche Hauptkategorien induktiv ergänzt: (5) *Beratungsgruppe* sowie (6) *Erfahrung und Bewertung der Beratung*. Diese ergaben sich aus wiederkehrenden thematischen Mustern im Datenmaterial, die nicht durch die deduktiv entwickelten Kategorien abgedeckt wurden. Aspekte traumainformierter Haltung, wie Sicherheit, Beziehungsgestaltung und Vertrauen, wurden auf theoretischer Ebene als relevant betrachtet (Mathis et al., 2024; Vallejo-Martín et al., 2021). Eine eigene deduktive Hauptkategorie zu traumainformierten Konzepten wurde jedoch nicht entwickelt, da entsprechende Inhalte im Interviewleitfaden nicht gezielt operationalisiert wurden. Aufgrund der erforderlichen sprachlichen Vereinfachung und der eingeschränkten Möglichkeit zur Thematisierung abstrakter Konzepte konnten solche Aspekte ausschließlich indirekt über Bewertungen der Beratung erfasst werden (Anhang G; Kodierleitfaden, Kategorie 6). Traumasensible Elemente wurden daher analytisch als querliegende Aspekte in anderen Kategorien berücksichtigt.

Die Kategorien wurden jeweils durch Definitionen, Kriteriumsdefinitionen sowie typische Ankerbeispiele im Kodierleitfaden (Anhang G) ergänzt. Die Kriteriumsdefinition legte fest, dass nur solche Textstellen berücksichtigt wurden, die explizit oder implizit Erfahrungen, Bewertungen oder Beschreibungen im Zusammenhang mit psychologischer Beratung und den genannten Themenfeldern enthalten. Für jede Haupt- und Subkategorie wurde eine Kodierregel formuliert, welche die Voraussetzungen für die Zuordnung eines Textsegments konkret beschreibt. Der Kodierleitfaden folgt dabei dem Prinzip der Regelgeleitetheit (Mayring, 2022) und ermöglicht eine transparente, nachvollziehbare Kategorisierung. Mehrfachkodierungen waren zulässig und wurden angewendet, wenn Aussagen inhaltlich mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten. Aussagen ohne inhaltlichen Bezug zur Beratung oder den zentralen Forschungsfragen wurden ausgeschlossen.

Im Anschluss an die deduktive Anwendung der Hauptkategorien erfolgte eine

induktive Bildung von Subkategorien innerhalb der bestehenden Struktur, um zusätzlich relevante Aspekte des Materials zu erfassen. Darüber hinaus wurden neue Kategorien entwickelt, um weitere Aspekte, die für die Teilnehmerinnen relevant waren, in die Analyse miteinzubeziehen.

Die Kodiereinheit entsprach einem bedeutungstragenden Textelement mit mindestens einem Wort. Die Kontexteinheit bildete jeweils die vollständige Antwort auf eine Interviewfrage und ließ auch das Einbeziehen der Frage selbst zu (Mayring, 2022). Das Abstraktionsniveau wurde vor Beginn der Analyse festgelegt. Die Hauptkategorien und Subkategorien I bilden übergeordnete, theoriegeleitete Themenbereiche, während Subkategorien II subjektive, erfahrungsnahe Inhalte enthalten. Die Analyse erfolgte in mehreren Durchgängen. Die transkribierten Interviews wurden zeilenweise analysiert und relevante Textstellen mithilfe des Kodierleitfadens den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Der Kodierprozess erfolgte dabei iterativ. Das Material wurde mehrfach durchgearbeitet, wobei das Kategoriensystem fortlaufend reflektiert und angepasst wurde. Kategorien und Kodierregeln wurden präzisiert, differenziert oder ergänzt, sofern das empirische Material neue inhaltliche Dimensionen aufzeigte (Mayring, 2022).

Zur Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde 25 % des Materials von einer zweiten Person unabhängig codiert. Die InterCoder-Reliabilität lag mit einem Cohen's Kappa von $\kappa = .82$ im hohen Bereich (Landis & Koch; 1977). Abweichungen wurden anschließend im Rahmen eines Konsensverfahrens gemeinsam diskutiert und der Kodierleitfaden entsprechend angepasst.

Ergebnisse

Die qualitative Inhaltsanalyse ergab ein Kategoriensystem aus sechs Hauptkategorien, 21 Subkategorien erster Ordnung und 44 Subkategorien zweiter Ordnung (Anhang G).

Umgang mit Barrieren und Stressoren

Diese Hauptkategorie (K1) umfasst Erfahrungen von strukturelle Herausforderungen und Belastungen im postmigrantischen Alltag der Teilnehmerinnen, die im Rahmen der Beratung thematisiert wurden (Tabelle 1). Zudem umfasst sie Aspekte zur Zugänglichkeit und Rolle der Beratung.

Tabelle 1*K1. Umgang mit Barrieren und Stressoren*

Hauptkategorie	Subkategorie I	Subkategorie II
K1. Umgang mit Barrieren und Stressoren	K1.1 Strukturelle Barrieren	K1.1.1 Aufenthaltsstatus
		K1.1.2 Sprache
		K1.1.3 Wohnsituation
		K1.1.4 Erwerbstätigkeit
		K1.1.5 Bildung
		K1.1.6 System in Österreich
	K1.2 Aspekte der Beratung	K1.2.1 Weitervermittlung/ Informationsvermittlung
		K1.2.2 Finanzierbarkeit
		K1.2.3 Transport/ Barrierefreiheit
	K1.3 Ursache für Beratung	K1.3.1 Somatische Erkrankung
		K1.3.2 Psychische Beschwerden

Strukturelle Barrieren

Die Subkategorie *Strukturelle Barrieren* (K1.1) umfasst Herausforderungen und Hindernisse, die unmittelbar mit der postmigrantischen Lebenssituation in Verbindung stehen. Diese wurden entweder in der Beratung thematisiert oder beeinflussten den Zugang zur Beratung. Diese Subkategorien beschreiben systembedingte, strukturelle oder gesellschaftliche Herausforderungen, die für die Zielgruppe von zentraler Bedeutung sind. Sie sind als postmigrantische Bedingungen zu verstehen, die den Zugang zum österreichischen System auf verschiedenen Ebenen einschränken oder erschweren.

Der *Aufenthaltsstatus* (K1.1.1) wurde von mehreren Teilnehmerinnen als zentrale strukturelle Belastung benannt, die mit rechtlicher Unsicherheit, Zukunftsängsten und eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten verbunden ist (Interviews 1, 2, 3 & 4). So berichtete eine Teilnehmerin: „Ich habe nur einen subsidären Schutz (...) dieser muss in 2 Monaten erneuert werden (...), ich wünsche mir sehr, dass das passiert.“ (Interview 3, Pos. 20). Die

Teilnehmerinnen beschrieben eine Unsicherheit durch einen begrenzten Aufenthaltsstatus, die sich unmittelbar auf weitere Lebensbereiche auswirkt. So entstünden beispielsweise Herausforderungen hinsichtlich der *Wohnsituation* (K1.1.3), da die Unterbringung in Erstaufnahmestellen erfolgt:

Eine der Schwierigkeiten, die ich erlebe ist, weil sehr viele verschiedene Familien in einem Haus leben. Manche gehen, manche kommen neu dazu und jede Familie hat ihre eigene Probleme oder ihre eigene Eigenschaften. Und manche passen zusammen, manche passen nicht zusammen. (Interview 2, Pos.19)

Eine weitere Teilnehmerin berichtete zudem von Schwierigkeiten eine Wohnung zu finden, nachdem sie die Erstaufnahmestelle verlassen hat (Interview 3).

Einschränkungen im Aufenthaltsstatus wirken sich auch auf die *Erwerbstätigkeit* (K1.1.4) aus: „Und deswegen ist die ehrenamtliche Stelle die erste Arbeit für mich. Ich konnte nie arbeiten vorher. Das ist auf jeden Fall ein Problem mit dem System.“ (Interview 1, Pos. 50). Dies sei auch ein wesentlicher Aspekt bezüglich der finanziellen Lage. Auch Teilnehmerinnen mit dauerhaftem oder anerkanntem Aufenthaltsstatus berichteten über zahlreiche Hürden auf dem Arbeitsmarkt, prekäre Arbeitsbedingungen und eingeschränkte Möglichkeiten in ihrem eigentlich erlernten Beruf zu arbeiten (Interviews 4, 9, 10, 11, 16 & 17). So berichtete ein Großteil der Teilnehmerinnen von Hürden hinsichtlich der Erwerbstätigkeit:

Ich habe zu Beginn den ganzen Tag in der Produktion gearbeitet. Das ist so eine erste Stufe: wenn du kommst, machst du irgendwas, nur um etwas zu haben, Möbel oder für die Kinder oder so. (...) Jetzt brauche ich die Sprache, um meinen Abschluss anerkennen lassen zu können.“ (Interview 9, Pos. 69)

Eine weitere Teilnehmerin berichtete: „Ich war nie Sekretärin oder dergleichen. Ich habe mein ganzes Leben lang als Reinigungskraft gearbeitet, 30 Jahre lang in einer Schule. Was hätte ich denn anderes oder Leichteres machen sollen? Was hätte ich weniger arbeiten können?“ (Interview 17, Pos. 27).

Im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit spielt die *Sprache* (K1.1.2) eine ausschlaggebende Rolle: „Und was bleibt für jene, die ohne Deutschkenntnisse ankommen? Nur einfache Hilfsarbeiten und selbst die bedeuten oft maximale Ausbeutung.“ (Interview 10, Pos. 46). Ein Großteil der Teilnehmerinnen beschrieb die Auswirkungen mangelnder

Sprachkenntnisse als große Hürde, die sich auf alle Bereiche des Lebens in Österreich auswirkt (Interviews 1, 2, 3, 4, 9, 10 & 17). So berichtete eine Teilnehmerin:

Für mich ist die größte Blockade das Nichtwissen der Sprache. Das hält mich richtig zurück. Aber egal, wohin ich gehe, jemand muss mit mir mit gehen, um zu übersetzen. Aber diese Blockade (...) mir sind wirklich die Hände gebunden. Ganz einfach. Es ist die Sprache. Ich denke, alles wäre anders, wenn ich die Sprache kennen würde. (Interview 9, Pos. 61)

Auch im Bereich *Bildung* (K1.1.5) wurde von strukturellen Ungleichheiten berichtet. Mehrere Teilnehmerinnen beschrieben, dass der Zugang zu Weiterbildung erschwert sei und vorhandene Abschlüsse häufig nicht anerkannt würden (Interviews 4, 9, 10 & 16). Eine Teilnehmerin erklärte:

Wenn ich dieselbe finanzielle Unterstützung bekommen hätte wie die Menschen von hier, hätte ich mich auch weiterentwickeln können und wäre vielleicht auf eine Weise nützlich für diese Gesellschaft gewesen. Natürlich habe ich auch einen Beitrag geleistet: ich habe geputzt, die Arbeit gemacht, die sonst niemand machen will. Aber das ist ein enormer psychischer Druck. Vor allem für Menschen, die mit einer Ausbildung oder zumindest mit einem Schulabschluss hierherkommen (...). (Interview 10, Pos. 41)

Das *System in Österreich* (K1.1.6) wurde mehrfach als komplex und schwer zugänglich beschrieben. Unverständliche bürokratische Abläufe sowie mangelnde Orientierung im institutionellen Umfeld wurden als belastend erlebt (Interviews 4, 10, 11 & 16). Eine Teilnehmerin berichtete: „So war es auch bei mir, vor allem, wenn man keine Staatsbürgerin ist oder nicht Teil dieser österreichischen Gesellschaft. Ich kenne mich mit den Abläufen hier nicht aus.“ (Interview 10, Pos. 64)

Die Aussagen zeigen, dass strukturelle Barrieren eine zentrale Rolle in der Lebensrealität der Teilnehmerinnen spielen. Zudem wird deutlich, dass die einzelnen Subkategorien miteinander interagieren und sich gegenseitig bedingen oder verstärken.

Aspekte der Beratung

Die Subkategorie *Aspekte der Beratung* (K1.2) umfasst Bedingungen, die die strukturelle Zugänglichkeit der Beratung erhöhen oder strukturelle Hindernisse abmildern.

Dazu zählt *Informations- und Weitervermittlung* (K1.2.1), die im Zuge der Beratung

geschieht. Eine Teilnehmerin berichtete: „Einerseits hat mir die Beraterin Informationen zu psychischen Belastungen gegeben, andererseits hat sich mich aber auch weitervermittelt zu einem Psychiater.“ (Interview 6, Pos. 31). Einige Teilnehmerinnen beschreiben zudem Weitervermittlung zu ärztlichen oder juristischen Stellen, aber auch zu Deutschkursen oder Arbeitsmarktberatungen sowie Aufklärungen und Informationen über das System in Österreich (Interviews 1, 6, 10 & 17).

Die *Finanzierbarkeit* (K1.2.2) der Beratung wurde mehrfach als zentrale Barriere in der Zugänglichkeit dieser genannt (Interviews 10, 13 & 17). Eine Teilnehmerin erklärte: „Und dass es auch möglich ist die Beratung zu finanzieren, das ist auch sehr wichtig (...) im Vergleich zu den Preisen, wenn man privat zu jemandem geht.“ (Interview 13, Pos. 117). Alle Teilnehmerinnen nahmen Beratungsangebote in Anspruch, die entweder kostenfrei oder im Rahmen eines Sozialtarifs zugänglich waren. Die finanzielle Leistbarkeit wurde als zentrale Voraussetzung genannt, um die Beratung regelmäßig und kontinuierlich nutzen zu können.

Die Kategorie *Transport und Barrierefreiheit* (K1.2.3) umfasst die Zugänglichkeit des Standortes der Beratungsstelle. Ein Großteil der Teilnehmerinnen berichtete von keinen Hindernissen hinsichtlich der Erreichbarkeit. Eine Teilnehmerin berichtete von einem Mangel an öffentlichen Transportmitteln (Interview 3, Pos.16) und eine Teilnehmerin von fehlender Barrierefreiheit durch Stufen vor der Beratungsstelle (Interview 14, Pos. 22).

Ursache für Beratung

Die Subkategorie *Ursachen für Beratung* (K1.3) umfasst die Beweggründe, aus denen die Teilnehmerinnen die psychologische Beratung aufgesucht haben. Diese beziehen sich primär auf gesundheitliche Belastungen, die durch *somatische Erkrankungen* (K1.3.1) oder *psychische Beschwerden* (K1.3.2) erlebt wurden. In einigen Fällen berichteten die Teilnehmerinnen über ein Zusammenspiel von somatischen und psychischen Beschwerden sowie Lebensumständen, die zum primären Aufsuchen der Beratung geführt haben (Interviews 1, 6, 7, 15 & 16). Eine Teilnehmerin erklärte:

Ich habe mich vor zweieinhalb Jahren scheiden lassen und zur gleichen Zeit auch eine Chemotherapie gemacht, weil ich Krebs hatte, so dass da viel zusammen gekommen ist zu der Zeit. In der Beratung habe ich über all diese Sachen sprechen können.

(Interview 7, Pos. 18)

Als *psychische Beschwerden* (K1.3.2), die ausschlaggebend für den Beginn der Beratung

waren, werden mehrfach Depressions- oder Angstsymptome genannt sowie allgemein gehaltene Beschreibungen psychischer Belastungen (Interviews 1, 4, 8, 11, 12, 14 & 16). So beschreibt eine Teilnehmerin: „Ich habe auch psychische Probleme bekommen, ich bin sehr reizbar geworden.“ (Interview 14, Pos. 12). Eine Teilnehmerin beschrieb auch Traumafolgen als Ursache:

Ich komme mit einem Kriegstrauma. Ich bin eine der Personen, die all das selbst durchlebt hat und die das bis heute in sich trägt. Es gibt viele Menschen, die das bis heute nicht vollständig verarbeiten konnten. Besonders schwer ist es, wenn jemand im Krieg einen Angehörigen verloren hat. (Interview 10, Pos. 85)

Genderspezifische Faktoren

Die Hauptkategorie *Genderspezifische Faktoren* (K2) umfasst Erfahrungen, Herausforderungen und Erwartungen, die unmittelbar mit dem Gender der Teilnehmerinnen in Zusammenhang stehen und im Beratungskontext thematisiert wurden (Tabelle 2).

Tabelle 2

K2. Genderspezifische Faktoren

Hauptkategorie	Subkategorie I	Subkategorie II
K2. Genderspezifische Faktoren	K2.1 Präferenz Gender Berater:in	K2.1.1 Keine Präferenz (11)
		K2.1.2 weiblich (8)
	K2.2 Genderrollen und Gendererwartung	K2.2.1 Partnerschaft
		K2.2.2 Familie
	K2.3 Rolle der Beratung	

Anmerkung. Die Zahlen in den Klammern bezeichnen die Anzahl der Teilnehmerinnen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden.

Präferenz Gender Berater:in

Von insgesamt 19 Teilnehmerinnen äußerten acht eine klare *Präferenz für weibliche Beraterinnen* (K2.1.2), während 11 angaben, dass bei ihnen *keine Präferenz* (K2.1.1) vorliegt. Teilnehmerinnen mit Präferenz für eine weibliche Beraterin nannten als Gründe die Themen der Beratung, den Eindruck besser verstanden zu werden oder sich besser öffnen zu können (Interviews 1, 5, 6, 7, 8, 13 & 17). So wurde beschrieben: „Mir war es auch wichtig bei einer

weiblichen Beraterin zu sein, die kann mich besser verstehen mit alldem.” (Interview 17, Pos. 15). Eine weitere Teilnehmerin berichtete: „Es ist wichtig, dass die Beraterin eine Frau ist, da das Problem, was ich habe, ein Mann nicht verstehen kann.” (Interview 8, Pos. 34).

Die Teilnehmerinnen, die keine Präferenz bezüglich des Genders der Beratungsperson äußerten, betonten eher Eigenschaften wie Vertrauen, die Art und Qualität der Beratung als relevante Aspekte (Interviews 2, 3, 9 & 12). Eine Teilnehmerin berichtete: „Nein, nein für mich spielt das Geschlecht keine Rolle. Mir ist es nur wichtig, dass ich vertrauen kann und der Psychologe mir gibt, was ich suche.” (Interview 12, Pos. 35). Eine weitere Teilnehmerin erklärte: „Es war einfach richtig, die Methode, wie sie uns die Gedanken nahe gebracht haben. Und das hat gepasst. Und das war wichtig. Es war nicht wichtig, ob es eine Frau oder ein Mann ist.” (Interview 2, Pos. 37).

Genderrollen und Gendererwartungen

Die Auswertung der Interviews zeigte, dass genderspezifische Erwartungen und Rollenverteilungen in der Beratung häufig thematisiert wurden und die Teilnehmerinnen diesen Themen eine hohe Relevanz beimessen (Interviews 7, 10, 11, 12 & 14). Eine Teilnehmerin fasste ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

Viele Menschen, vor allem Frauen, die hierherkommen, haben ihr ganzes Leben in einem bestimmten Rhythmus verbracht: von Punkt A nach Punkt B. Haus, Arbeit, Kinder, Ehemann, alles im Inneren der Familie. Und wenn dann ein größeres Problem auftritt, wissen sie nicht, an wen sie sich wenden sollen oder wohin sie gehen können. (Interview 10, Pos. 64).

Diese Genderrollen und damit einhergehende Erwartungen betreffen vor allem die *Partnerschaft* (K2.2.1). Einige Teilnehmerinnen berichteten von Themen wie Scheidung, Trennung, Konflikten und Differenzen in Partnerschaften (Interviews 7, 11, 12 & 16). Eine Teilnehmerin erklärte: „Ja, es war sehr wichtig über diese Themen zu sprechen, auch über meine Scheidungstermine bei Gericht oder meine Kinder (...) wir haben wirklich über all diese Dinge gesprochen.” (Interview 7, Pos. 25). Sie berichteten zudem, dass die Beratung in diesen Thematiken besonders wichtig und nützlich gewesen ist: „Ich bin hierher gekommen, weil ich depressiv war, wegen der Scheidung (...) es war schwierig für mich und die Beraterin hat mir schon sehr geholfen.” (Interview 11, Pos. 35). Eine weitere Teilnehmerin berichtete auch von Differenzen mit ihrem Partner hinsichtlich der emotionalen

Zugänglichkeit und Kommunikationsfähigkeit: „Ich denke, mein Ehemann und ich, wir sind komplett unterschiedlich, und dass er nicht weiß, wie man Emotionen zeigt, und dass er nicht versteht, was ein Gespräch bedeutet (...).“ (Interview 16, Pos. 74).

Im Bereich *Familie* (K2.2.2) berichtete ein Großteil der Teilnehmerinnen primär von einer ungleichen Verteilung familiärer Care-Arbeit sowie der damit verbundenen emotionalen Belastung (Interviews 4, 9, 11, 12, 14 & 16). Eine Teilnehmerin beschrieb: „Mit meiner Familie ist es ein großes Problem. Meine ganze Familie ist auch hier und ich bin die Hauptperson, die sich um alle kümmern muss“ (Interview 4, Pos. 54). Eine Teilnehmerin erklärte: „Ich bin alleinerziehende Mutter. Der Vater meines Kindes, als es zwei Jahre alt war, haben wir uns getrennt, weil sein Vater sich an nichts beteiligt hat, wirklich an gar nichts. Mein Kind war meine Verantwortung.“ (Interview 16, Pos. 61). Es wird nicht nur von ungleich verteilter Care-Arbeit für die eigenen Kinder berichtet, sondern auch über die Verantwortung für Enkelkinder (Interview 16) und weitere Familienangehörige (Interviews 14 & 4). Für zwei Teilnehmerinnen war der fehlende Kontakt zu ihren Kindern ebenfalls ein relevanter Punkt in der Beratung (Interviews 3 & 17).

Rolle der Beratung

Die Subkategorie *Rolle der Beratung* (K2.3) umfasst den Einfluss der Beratung auf genderspezifische Themen, wie Genderrollen und Gendererwartungen, sowie daraus resultierende Belastungen. Für mehrere Teilnehmerinnen ist die Beratung ein Rahmen in dem sie diese Themen besprechen und reflektieren können (Interviews 4, 9, 11, 12, 14, 16 & 17). Eine Teilnehmerin erläuterte: „Wir reden über meinen Ex-Mann oder über meinen Sohn, der jetzt in der Pubertät ist und mit dem ich Probleme habe.“ (Interview 12, Pos. 28). Darüber hinaus berichteten einige Teilnehmerinnen von einer zentralen Rolle der Beratung bezüglich Herausforderungen in der Kindererziehung (Interviews 9, 11 & 12). Eine Teilnehmerin erklärte: „Ich bekomme auch Ratschläge zu meinem Umgang mit meinem Sohn.“ (Interview 12, Pos. 49). Eine Teilnehmerin berichtete: „Die Beraterin gibt mir viele Ratschläge, wie ich die Beziehung zu meinem Kind gestalten kann. Vielleicht sind wir ein bisschen zu nachgiebig und sollten ihm gewisse Grenzen setzen, damit das alles gut funktioniert, für sein Wohl, natürlich.“ (Interview 9, Pos. 29). Eine Teilnehmerin berichtete, dass ihr Sohn an einer Beratungssitzung teilgenommen hat und sie dies als sehr hilfreich empfunden habe (Interview 16, Pos. 69). Eine andere Teilnehmerin beschrieb den Einfluss der Beratung auf ihre

Dynamik mit der Familie:

Und nach einiger Zeit habe ich mehr Distanz zu meiner Familie aufgebaut und ich habe begonnen mich besser zu fühlen, da ich mehr Zeit für mich habe und nicht so viele Dinge, um die ich mich kümmern oder sorgen muss. (Interview 4, Pos. 65)

Kultursensible Faktoren

Die Hauptkategorie *Kultursensible Faktoren* (K3) umfasst Aspekte der Beratung, die im Zusammenhang mit der kulturellen Herkunft, kultureller Identität und daraus entstehender Erfahrung oder Wahrnehmung der Klientinnen stehen (Tabelle 3).

Tabelle 3

K3. Kultursensible Faktoren

Hauptkategorie	Subkategorie I	Subkategorie II
K3. Kultursensible Faktoren	K3.1 kulturelle Passung Berater:in	K3.1.1 irrelevant (9)
		K3.1.2 relevant (10)
	K3.2 Sprache	
	K3.3 Psychoedukation	
	K3.4 kulturell geprägte Zugangsbarrieren	K3.4.1 Scham/Stigmatisierung
		K3.4.2 Fehlendes Wissen
		K3.4.3 Vorbehalte gegenüber psychologischen Angeboten
	K3.5 kulturelle Themen	K3.5.1 Erklärung psychischer Belastung
		K3.5.2 Erwartungshaltung Beratung

Anmerkung. Die Zahlen in den Klammern bezeichnen die Anzahl der Teilnehmerinnen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden.

Kulturelle Passung Berater:in

Die Unterkategorie *Kulturelle Passung Berater:in* (K3.1) umfasst Aussagen dazu, als wie relevant ein gemeinsamer oder ähnlicher kultureller Hintergrund bei dem/der Berater:in angesehen wird. Von 19 Teilnehmerinnen gaben neun an, dies sei *irrelevant* (K3.1.1), zehn der Teilnehmerinnen beschrieben dies als *relevant* (K3.1.2). So erklärte eine Teilnehmerin:

Ich glaube, wenn es jemand ist aus der gleichen Nationalität oder der gleichen Sprache. Sie würde es einfach besser verstehen, vielleicht auch tiefgründiger verstehen, weil diese Person vielleicht das Gleiche erlebt hat, kulturell und allgemein im Leben. (Interview 3, Pos. 32)

Die Teilnehmerinnen beschrieben eine Art von Verständnis, die durch geteiltes kulturelles Wissen und Erfahrungen bedingt ist und weit über ein Verständnis durch eine gemeinsame Erstsprache hinausgeht. Dies resultiere in einem leichteren Austausch miteinander, besserer Nachvollziehbarkeit durch die Beraterin und mehr Gemeinsamkeiten im Denken und Fühlen aufgrund der gleichen Herkunft (Interviews 5, 8, 9, & 13, 14). Eine Teilnehmerin beschrieb:

Und das ist auch der Grund, warum gewisse Personen einfach nicht geeignet sind, mit Menschen aus bestimmten Herkunftsregionen zu sprechen. Die Beraterin hier zum Beispiel versteht Menschen vom gesamten Balkan, egal, ob sie Makedonisch sprechen oder wie ich eine andere Variante. Ich kann eine Makedonierin besser verstehen, nicht wegen der Sprache, sondern weil ich nachvollziehen kann, was sie mitbringt, was sie erlebt hat. (Interview 10, Pos. 41)

Teilnehmerinnen, die die kulturelle Passung als *irrelevant* (K3.1.1) bewerteten, nannten Aspekte wie Expertise, Offenheit, Neutralität und Sympathie als für sie wichtiger (Interviews 1, 2, 4, 6, 7, 12 & 15). So erklärte eine Teilnehmerin: „Für mich war vor allem die Sprache wichtig. Ich vermute, dass wenn ich besser Deutsch sprechen könnte, glaube ich, dass mir jede Person unabhängig von dem kulturellen Hintergrund so gut helfen würde, wie sie kann.“ (Interview 6, Pos. 23). Eine Teilnehmerin betonte die Offenheit und Neutralität, die ihr von einer Person mit einem anderen kulturellen Hintergrund entgegen gebracht werden kann:

Ja, es ist so, dass es für mich besser ist, dass die Psychologin aus Österreich kommt. Und ich lege sogar Wert darauf, wenn der Dolmetscher auch nicht aus Georgien, sondern Russland kommt. Es gibt hier auch einige Dolmetscher, die direkt Deutsch Georgisch übersetzen. Aber mir ist lieber, wenn da kein Bezug zu Georgien da ist, sondern ein Dolmetscher für Russisch, und somit neutral. (Interview 1, Pos. 74)

Eine andere Teilnehmerin betonte: „Wenn sie es gleich gut macht und sich auskennt, ist es egal woher die Person kommt.“ (Interview 2, Pos. 44).

Sprache

Die Unterkategorie *Sprache* (K3.2) umfasst Aussagen zur Relevanz der Möglichkeit

zur Nutzung der Erstsprache in der Beratung. Alle Teilnehmerinnen betonten, wie wichtig es für sie ist ihre Erstsprache in der Beratung sprechen zu können und ein Großteil bezeichnete dies als ausschlaggebenden Faktor, um an der Beratung teilzunehmen (Interviews 4, 6, 7, 9, 13 & 15). Eine Teilnehmerin erklärte: „ (...) vor allem war es für mich erstmal wichtig, dass die Beratung auf meiner Sprache möglich ist, dass ich richtig ausdrücken kann, wie ich mich fühle und was ich denke.“ (Interview 7, Pos. 37) und eine andere beschrieb: „Und auch, dass ich die Beraterin verstehe, und ich sicher sein kann, dass ich sie genauso verstanden habe, wie sie es gemeint hat.“ (Interview 15, Pos. 35). Die Teilnehmerinnen beschrieben, dass es für sie wichtig ist, ihre Gedanken und Gefühle präzise und stimmig auszudrücken, den/die Berater:in gleichermaßen zu verstehen und sich somit sicher im Beratungsprozess zu fühlen. Auch wurde die Schwierigkeit im Übersetzen und Verstehen der deutschen Sprache und die daraus resultierenden Barrieren, wie etwa die Verzögerung des Gesprächsflusses, im Beratungsprozess thematisiert:

Sprachlich ist es für mich sonst schwierig, ich denke auf meiner Sprache, dann muss ich es aber ins Deutsche übersetzen und die Beraterin spricht wiederum auch auf Deutsch (...), das ist nicht besonders ideal dann. Für mich ist es leichter, wenn wir in der Beratung auf meiner Sprache reden. (Interview 13, Pos. 51)

Psychoedukation

Die Unterkategorie *Psychoedukation* (K3.3) beinhaltet Aussagen dazu, wie in der Beratung psychoedukative Inhalte vermittelt wurden und wie dies wahrgenommen wurde. Einige Teilnehmerinnen berichteten, dass im Rahmen der Beratung Gespräche über ihren Lebensalltag und ihre aktuellen Probleme stattfanden und diese mit ihren psychischen oder somatischen Beschwerden in Zusammenhang gebracht wurden (Interviews 2, 10 & 14). So erklärte eine Teilnehmerin: „Die Beraterin erklärt mir, was der beste Weg ist, dass ich mich nicht so stressen lasse (...). Und dass ich verstehe, dass mit dem AMS und allem es mir einfach ein bisschen zu viel geworden ist.“ (Interview 14, Pos. 62). Von psychoedukativen Inhalten wurden auch hinsichtlich Interventionen und Übungen berichtet, um die Funktion dieser und den Zusammenhang zu Schlaflosigkeit oder innerer Anspannung zu erläutern (Interviews 2 & 3). Grafische Darstellungen oder metaphorische Beschreibungen empfanden einige Teilnehmerinnen als hilfreich (Interviews 2, 3 & 4). Eine Teilnehmerin erzählte:

Für mich war wichtig, dass die Beraterin viel grafisch dargestellt hat, zum Beispiel

mit dem Topf, indem es kocht und dann die Probleme, die da raus kommen. Dass das grafisch war, und somit auch leichter im Kopf bleibt und dass ich mich daran erinnern kann. (Interview 2, Pos. 63)

Kulturell geprägte Zugangsbarrieren

Die Unterkategorie *kulturell geprägte Zugangsbarrieren* (K3.4) beinhaltet Hindernisse im Aufsuchen von oder Zugang zu psychologischen Angeboten, die durch kulturelle Aspekte beeinflusst werden. Es ergeben sich drei Unterkategorien: *Scham und Stigmatisierung* (K3.4.1), *fehlendes Wissen* (K3.4.2) und *Vorbehalte gegenüber psychologischen Angeboten* (K3.4.3). Diese Kategorien umfassen die Antworten auf Fragen zu Bedenken und Gedanken bevor sie das erste Mal an der Beratung teilgenommen haben.

Mehrere Teilnehmerinnen beschrieben *Scham oder Stigmatisierung* (K3.4.1) bezüglich psychischer Beschwerden oder dem Aufsuchen psychologischer Angebote, insbesondere wurde die Angst vor Abwertung und Stigmatisierung durch das soziale Umfeld geschildert (Interviews 1, 10 & 11). Eine Teilnehmerin erklärte: „Bei uns, den Menschen vom Balkan, geht es meistens um Scham. Scham, überhaupt zu einem Psychiater zu gehen, da heißt es gleich: Du bist verrückt. Punkt.“ (Interview 10, Pos. 24). Eine weitere Teilnehmerin beschrieb: „Und immer noch ein Vorurteil existiert, wenn jemand sagt, wir gehen zum Psychologen. Dann wird gedacht: Aha, die sind vielleicht verrückt.“ (Interview 1, Pos. 72). Eine weitere Teilnehmerin beschrieb ihren Eindruck, dass in Österreich deutlich mehr Menschen psychologische Angebote in Anspruch nehmen würden (Interview 11).

Zusätzlich zu Schamgefühlen beschrieben einige Teilnehmerinnen *fehlendes Wissen* (K3.4.3) als Ursache für Bedenken bezüglich psychologischer Angebote (Interviews 3, 4, 10 & 11). Sie beschrieben Unwissenheit darüber, wie die Beratung ablaufen könnte und wie sie sich verhalten sollen. Eine Teilnehmerin erklärte: „Als ich gehört habe, dass es etwas Psychologisches ist, habe ich mir so ein bisschen Gedanken gemacht. Ich hatte ein bisschen Angst. Ich wusste nicht, was genau es ist.“ (Interview 3, Pos. 36). Eine Teilnehmerin berichtete von Unwissenheit bezüglich psychischer Erkrankungen (Interview 11). Eine andere Teilnehmerin von Unwissenheit bezüglich der Unterscheidung verschiedener Berufsgruppen im psychosozialen Bereich (Interview 10).

Eine weitere Subkategorie ist *Vorbehalte gegenüber psychologischen Angeboten* (K3.4.3). Diese Kategorie umfasst Aussagen, in denen negative Einschätzungen oder

Erfahrungen im Zusammenhang mit psychologischen Angeboten beschrieben werden. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf konkreten Erlebnissen und Bewertungen, im Unterschied zur Subkategorie *Scham/Stigmatisierung* (K3.4.2), in der generalisierte kulturelle Haltungen thematisiert werden. Zwei Teilnehmerinnen beschrieben negative Erfahrungen mit psychologischen Angeboten im Herkunftsland (Interview 1 & 16). So erläuterte eine von ihnen: „Also ich habe in Georgien auch Erfahrungen gemacht mit Psychologen und Therapeuten. Und es hat mir nicht so gut gefallen. Wie der Umgang von ihnen mir gegenüber war, hat mir nicht gefallen.“ (Interview 1, Pos. 71).

Kulturelle Themen

Die Unterkategorie *kulturelle Themen* (K3.5) umfasst kulturell bedingte Thematiken, Ausdrucksformen und Erklärungen, die in die Beratungspraxis eingeflossen sind. Einige Teilnehmerinnen berichteten davon, kulturelle Themen und Unterschiede zwischen den Kulturen in der Beratung thematisiert zu haben (Interviews 1, 2, 3 & 17). Zudem ergaben sich die Unterkategorien *Erklärung psychischer Belastung* (K3.5.1) und *Erwartungshaltung Beratung* (K3.5.2).

Die Subkategorie *Erklärung psychischer Belastung* (K3.5.1) umfasst Aussagen, in denen Teilnehmerinnen eigenständig erläutern, wie sie die Ursachen ihrer psychischen Beschwerden verstehen. Die Subkategorie wurde auf Basis einzelner spontan geäußerter Aussagen gebildet und dient der explorativen Erfassung möglicher kultureller Deutungsmuster. Eine Teilnehmerin äußerte im Anschluss an den Bericht einer Belastung: „Der Islam sagt, es ist normal, dass es so ist.“ (Interview 2, Pos. 21). Eine andere Teilnehmerin verknüpfte ihre psychischen und somatischen Beschwerden mit einem tragischen Ereignis: „Mein Bruder ist (...) ums Leben gekommen (...). Seitdem leide ich unter Depressionen, und in dieser Zeit habe ich von Allem auch Diabetes bekommen.“ (Interview 14, Pos. 33).

Die Subkategorie *Erwartungshaltung Beratung* (K3.5.2) umfasst Aussagen, die sich auf die Erwartungen gegenüber dem/der Berater:in und dem Beratungsprozess beziehen. Die Subkategorie wurde auf Grundlage einzelner spontan geäußerter Aussagen gebildet und dient der explorativen Erfassung kulturell geprägter Vorstellungen über die Funktion von Beratung. Mehrere Teilnehmerinnen betonten das Bedürfnis danach, in der Beratung Dinge „abzuladen“, „loszulassen“, „rauszulassen“ oder sich zu „entlasten“ (Interviews 5, 7 & 13).

Eine Teilnehmerin beschrieb: „ (...) ich alles abladen kann bei einer Person, dass ich mich ausweinen kann.“ (Interview 7, Pos. 58). Eine weitere erklärte:

Damit ich das ein wenig aus dem Kopf bekomme, weil ich alles in mich hineinfresse und es nicht loslassen oder abladen kann. Ich bin so, dass ich alles für mich behalte.

Ich halte alles in mir und das will ich lernen es loszulassen. (Interview 5, Pos. 34)

Mehrere Teilnehmerinnen äußerten sich sehr emotional verbunden gegenüber der Beraterin (Interview 1, 2, 3, 4 & 10). So beschrieb eine Teilnehmerin: „Das sagt man so: Die Beraterin ist sehr nah am Herz gewesen.“ (Interview 2, Pos. 41). Eine andere Teilnehmerin erklärte: „Aber ich betrachte die Beraterin, als würde sie auch zu mir dazu gehören. Also sie steht mir sehr nahe, auch ohne dass sie aus Georgien kommt.“ (Interview 1, Pos. 67). In allen Interviews wurde deutlich, dass die Teilnehmerinnen ihre Beraterinnen mit dem Vornamen ansprachen und eine informelle Anredeform verwendeten.

Ressourcen und Resilienzförderung

Die Hauptkategorie *Ressourcen und Resilienzförderung* (K4) umfasst Ressourcen, Interventionen oder weitere Faktoren, die von den Teilnehmerinnen als hilfreich oder entlastend beschrieben wurden oder in der Beratung thematisiert wurden (Tabelle 4).

Tabelle 4

K4. Ressourcen und Resilienzförderung

Hauptkategorie	Subkategorie I	Subkategorie II
K4. Ressourcen & Resilienzförderung	K4.1 Familie	
	K4.2 Soziales Netzwerk	K4.2.1 im Kontext der Beratungsgruppe
	K4.3 Interventionen/ Übungen	
	K4.4 Ratschläge	

Familie

Mehrere Teilnehmerinnen äußerten positive Aussagen gegenüber ihrer Familie oder bezeichnete diese als Stütze oder Priorität (Interview 1, 2, 16). Eine Teilnehmerin erklärte: „Aber ich habe meine Schwester hier, sie wohnt hier in (...)“ (Interview 1, Pos. 24). Eine andere Teilnehmerin berichtete: „Ich konnte nicht sofort kommen, weil mein Kind meine Priorität ist (...)“ (Interview 16, Pos. 10).

Soziales Netzwerk

Mehrere Teilnehmerinnen äußerten positive Aussagen zu ihrem sozialen Umfeld, Kontakten oder den Wunsch danach. Sie beschrieben dieses als hilfreich, verständnisvoll und entlastend (Interview 2, 4, 15 & 16). Eine Teilnehmerin berichtete: „Im Alltag hilft es auch mit Freunden zu sprechen.“ (Interview 4, Pos. 132). Eine andere Teilnehmerin berichtete positiv von der Erfahrung, andere Frauen getroffen zu haben, die sich in einer ähnlichen Situation befanden wie sie selbst:

Dort habe ich auch andere Frauen getroffen. Ich habe ihre Situationen gehört und dann verstanden, dass ich nicht die Einzige mit diesem Problem bin. Natürlich ist für jede Person das eigene Problem das Größte, aber irgendwie fällt einem die Last leichter, wenn man sieht, dass man nicht allein ist. (Interview 15, Pos. 56)

Eine Teilnehmerin erwähnte explizit die Beratung selbst als soziale Ressource (Interview 16).

Soziales Netzwerk im Kontext der Beratungsgruppe. Alle fünf Teilnehmerinnen, die an der Beratungsgruppe teilgenommen haben, äußerten sich positiv über das soziale Miteinander innerhalb dieser (Interview 1, 2 & 3). Dies wurde für den Kontext innerhalb der Beratungssitzung beschrieben: „Ein Aspekt, der sehr wichtig für mich ist, ist, dass wir Teilnehmerinnen uns helfen und wir unterstützen einander.“ (Interview 1, Pos. 84). Eine weitere Teilnehmerin beschrieb: „Da es zudem eine Abwechslung ist und Kontakt zu anderen Menschen besteht. Es wird mehr diskutiert und es gibt mehr Probleme, mehr Beispiele und so weiter.“ (Interview 2, Pos. 73). Aber auch für Kontexte außerhalb der Beratungsgruppe erfolgte eine positive Bewertung des sozialen Netzwerkes:

Ja, das war sehr wichtig und sehr schön für uns, weil wir einfach auch zum Beispiel die zwei vorherigen Frauen kennengelernt haben, die in unterschiedlichen Heimen leben. Und wir haben uns hier getroffen, wir haben uns hier kennengelernt und auch das andere, was positiv war, dass es ein multikultureller Kurs war.

(Interview 3, Pos. 48)

Interventionen und Übungen

Die Subkategorie *Interventionen und Übungen* (K4.3) umfasst positive Aussagen der Teilnehmerinnen zu Interventionen oder Übungen, die im Rahmen der Beratung vermittelt wurden. Mehrere Teilnehmerinnen berichteten von Entspannungs-, Atem- sowie Achtsamkeitsübungen (Interviews 1, 2 & 3). Die Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe

bekamen ein kleines Buch mit Anleitungen zu Entspannungs- und Atemtechniken: „Wir haben auch ein Buch bekommen, in dem Übungen wie Yoga zum Beispiel, wie wir atmen und uns bewegen können, drinsteht. Also Übungen, dass wir uns entspannen.“ (Interview 2, Pos. 23). Eine Teilnehmerin erzählte:

Das Wichtigste war, dass wir gelernt haben, wie wir mit unseren Problemen umgehen können. Falls wir in Situationen sind, mit Druck oder Traurigkeit oder so, dass wir einfach wissen wie wir damit umgehen. Und das war für uns sehr wichtig.

(Interview 2, Pos. 62)

Eine andere Teilnehmerin berichtete: „Wie zum Beispiel zum Fluss gehen. Oder sich entspannen und die Übungen, die wir hier gemacht haben, dort zu machen. Musik hören, die man mag. Und das hilft dann bei Problemen.“ (Interview 3, Pos. 46). Zudem berichteten mehrere Teilnehmerinnen von Tätigkeiten zur Entspannung und Achtsamkeit, die sie im Rahmen der Beratung entdeckt haben (Interview 3, 4 & 14). Darunter fielen beispielsweise Stricken, Lesen, Fahrrad fahren und Zeichnen. So erzählte eine Teilnehmerin: „Und die Beraterin sagte: Versuch es einfach, wenn du Zeit hast, versuch einfach zu zeichnen. Und (...) ich habe gemerkt, dass es mir besser geht und sich meine Stimmung verändert hat. Wenn ich anfangen zu zeichnen, ich fühle mich besser und habe eine gute Zeit ohne schlechte Gedanken.“ (Interview 4, Pos. 124).

Ratschläge

Die Subkategorie *Ratschläge* (K4.4) umfasst Aussagen zu Ratschlägen, Tipps oder Hilfestellung, die von den Teilnehmerinnen als hilfreich bewertet wurden. Mehrere Teilnehmerinnen betonten, dass die Ratschläge der Berater:innen nützlich waren und einen wesentlichen Bestandteil der Beratungserfahrungen ausmachten (Interview 1, 2 & 9). So berichtete eine Teilnehmerin: „Und besonders die Ratschläge von der Beraterin haben mir gut, gut geholfen, meine Schwierigkeiten und täglichen Probleme zu bewältigen.“ (Interview 1, Pos. 52).

Beratungsgruppe

Die Hauptkategorie *Beratungsgruppe* (K5) umfasst die berichteten Erfahrungen der Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe ($n = 5$; Tabelle 5). Da es sich eine Beratung im Gruppenkontext wesentlich von einer Beratung im Einzelsetting unterscheiden kann, wurde diese Kategorie zusätzlich aufgenommen, um gesondert Aspekte der Beratungsgruppe zu

analysieren.

Tabelle 5

K5. Beratungsgruppe

Hauptkategorie	Subkategorie I	Subkategorie II
K5. Beratungsgruppe	K5.1 positive Aspekte	K5.1.1 Austausch/Input K5.1.2 Übungen/ Interventionen
	K5.2 negative Aspekte	K5.2.1 Einschränkungen durch Gruppenkontext

Positive Aspekte

Die Subkategorie *positive Aspekte* (K5.1.) beinhaltet Aussagen über die Beratungsgruppe, die von den Teilnehmerinnen positiv bewertet wurden und sich spezifisch auf das Gruppensetting beziehen. Mehrere Teilnehmerinnen beschrieben den *Austausch und Input* (K5.1.1) durch die anderen Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe als vorteilhaft, unterhaltsam und gewinnbringend (Interviews 1, 2 & 3). Eine Teilnehmerin erzählte: „Und sonst ist der Vorteil für mich in einer Gruppe, dass einfach mehr diskutiert wird, mehr Beispiele gegeben werden, mehr Probleme erzählt werden und auch wie man darüber sprechen kann. Es gibt mehr Austausch und Input.“ (Interview 2, Pos. 71). Eine weitere Teilnehmerin berichtete: „Wir haben im Grunde genommen über seelische Themen und manchmal auch alltägliche Themen gesprochen und manchmal war es auch lustig. Wir haben uns gut unterhalten.“ (Interview 1, Pos. 60). Zudem bewerteten mehrere Teilnehmerinnen die *Übungen und Interventionen* (K5.1.2) in der Beratungsgruppe als hilfreich, stärkend und sinnvoll für die Gruppendynamik (Interviews 1, 2 & 3). Eine Teilnehmerin berichtete:

Und dann wurden wir befragt. Warum haben wir uns für dieses Bild entschieden. Und zum Beispiel eine Kollegin hat ein Bild ausgesucht. Es war so mehr und aber am Ende war so etwas Licht. Das war für sie zum Beispiel, dass sie immer noch Hoffnung hat. (Interview 2, Pos. 31)

Eine weitere Teilnehmerin erzählte: „Aber dann, als ich hier war, in der Gruppe und die ganzen Übungen und Spiele waren dann ganz was anderes, als was ich mir vorgestellt hatte. Und das hat einfach gepasst.“ (Interview 3, Pos. 36). Zudem wurde berichtet, dass sie durch den Austausch und die Übungen gelernt haben, achtsam in der Gegenwart zu sein: „Zuerst

haben sie gelernt, dass sie nicht so abhängig von Vergangenheit sind, dass sie an Zukunft denken, an heute und dass sie weiterleben.” (Interview 3, Pos. 50).

Negative Aspekte

Die Subkategorie *negative Aspekte* (K5.2) beinhaltet Anmerkungen zu negativen Erfahrungen oder Bewertungen des Gruppenkontextes von Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe. Zwei Teilnehmerinnen berichteten von *Einschränkungen durch den Gruppenkontext* (K5.2.1). Sie beschrieben weniger Möglichkeiten zu tiefergehenden Themen und Mangel an Privatsphäre. So erklärte eine Teilnehmerin: „Aber hier in dieser Beratungsgruppe, waren es allgemeine Gespräche. Also weniger private Themen.” (Interview 1, Pos. 22). Eine andere Teilnehmerin beschrieb:

Ich dachte, dass es eher Einzelberatung ist und somit tiefgründiger, also, dass mehr in die Thematik reingegangen wird. Aber ich denke, es war eher oberflächlich (...). Wir haben das Problem nicht tiefgründig gelöst, sondern es war mehr eine oberflächliche Herangehensweise. (Interview 3, Pos. 36)

Erfahrung und Bewertung der Beratung

Die Hauptkategorie *Erfahrung und Bewertung der Beratung* (K6) umfasst subjektive Einschätzungen, Erfahrungen, Wünsche und Anmerkungen der Teilnehmerinnen in Bezug auf Qualität, Wirkung und Gestaltung der Beratung. Es ergaben sich vier Subkategorien mit jeweils vier beziehungsweise fünf Subkategorien zweiter Ordnung (Tabelle 6).

Tabelle 6

K6. Erfahrung und Bewertung der Beratung

Hauptkategorie	Subkategorie I	Subkategorie II
K6. Erfahrung & Bewertung der Beratung	K6.1 relevante Kompetenzen Berater:in	K6.1.1 Empathie/Verständnis
		K6.1.2 Vertrauen
		K6.1.3 Unterstützung
		K6.1.4 Fachliche Kompetenz
	K6.2 Setting der Beratung	K6.2.1 außenstehende/ neutrale Person
		K6.2.2 geschützter Rahmen
		K6.2.3 Austausch/ Abwechslung

	K6.2.4 Frequenz/ Dauer der Beratung
K6.3 Wünsche für zukünftige Beratungen	K6.3.1 höhere Frequenz der Sitzungen
	K6.3.2 längerer Beratungszyklus
	K6.3.3 Gruppenangebote
	K6.3.4 Einzelberatung nach Gruppenberatung
	K6.3.5 Multidisziplinäre Beratung/ Weitervermittlung
K6.4 Bewertung der Wirksamkeit und Zufriedenheit	K6.4.1 Erwartungserfüllung
	K6.4.2 wahrgenommene Wirksamkeit
	K6.4.3 Zufriedenheit
	K6.4.4 Verbindlichkeit und Kontinuitätswunsch

Relevante Kompetenzen Berater:in

Die Subkategorie *relevante Kompetenzen Berater:in* (K6.1) umfasst Eigenschaften und Qualitäten des/der Berater:in, die von den Teilnehmerinnen als relevant für eine positive Beratungserfahrungen bewertet wurden. Darunter fallen *Empathie und Verständnis* (K6.1.1), welches sich durch empathische Perspektivenübernahme und das Eingehen auf individuelle Lebensumstände äußert (Interviews 1, 4 & 8). Eine Teilnehmerin berichtete: „Also ein wichtiger Aspekt ist, dass der Psychotherapeut oder die Psychologin in die Seele der betroffenen Personen hineinschlüpft und sie gut spüren und verstehen kann. Um dann Ratschläge zu geben.“ (Interview 1, Pos. 63).

Zudem wurde *Vertrauen* (K6.1.2) zwischen dem/der Berater:in und den Teilnehmerinnen als Basis für einen wertschätzenden, ehrlichen und offenen Umgang von einigen Teilnehmerinnen erwähnt (Interviews 1, 10, 12 & 15). Eine Teilnehmerin beschrieb: „Mir ist wichtig, dass der Psychologe mich versteht, dass ich mich öffnen kann und alles erzählen kann (...) wenn kein Vertrauen dafür besteht, dann kann auch nichts Gutes bei rauskommen.“ (Interview 12, Pos. 33).

Ein Großteil der Teilnehmerinnen betonten die *Unterstützung* (K6.1.3) durch den/die Berater:in als relevanten Aspekt in einer positiven Beratungserfahrung (Interview 6, 7, 9, 11, 12, 13 & 15). So berichtete eine Teilnehmerin: „Ich habe sehr das Gefühl, eine neue Unterstützung in der Beratung gefunden zu haben. Ich freue mich jedes Mal sehr auf die Sitzung.“ (Interview 6, Pos. 41). Eine weitere Teilnehmerin erklärte: „Ich spüre wirklich große Unterstützung und die Beratung gibt mir Kraft für den weiteren Weg.“ (Interview 15, Pos. 48). Zudem wurde die Rolle der Beraterin als Stütze in belastenden Situationen beschrieben: „Dabei geht es mir nicht um Mitleid oder Trösten, sondern viel mehr darum, dass die Person mir eine Stütze ist und mich in der Situation berät, sowohl zu den guten als auch zu den schlechten Aspekten.“ (Interview 7, Pos. 58).

Fachliche Kompetenz (K6.1.4) wurde ebenfalls als relevante Eigenschaft des/der Berater:in genannt (Interviews 2, 13 & 16). Eine Teilnehmerin beschrieb: „Alleine psychisch macht es einen Unterschied für mich zu wissen, dass ich mit einer Person spreche, die extra dafür ausgebildet ist.“ (Interview 13, Pos. 84). Eine andere Teilnehmerin erklärte: „(...) dass jemand da ist, der fachlich kompetent ist und mich spiegelt.“ (Interview 16, Pos. 87).

Setting der Beratung

Die Subkategorie *Setting der Beratung* (K6.2) umfasst Bewertungen und Anmerkungen, die sich auf die Rahmenbedingung der Beratung beziehen. Mehrere Teilnehmerinnen betonten den Vorteil einer *außenstehenden und neutralen Person* (K6.2.1) und die Möglichkeit außerhalb des eigenen Umfeldes über die Themen zu sprechen (Interviews 7, 10, 13 & 16). So berichtete eine Teilnehmerin: „Ich wollte mein Umfeld nicht damit belasten, nicht meine Familie oder meine Freunde. Hier konnte ich dann über diese Dinge reden und sie abladen.“ (Interview 13, Pos. 103). Eine weitere Teilnehmerin beschrieb: „Es ist eben etwas anderes, wenn man alles einer Person erzählen kann, die man nicht kennt und sich ausweinen und alles abladen kann.“ (Interview 7, Pos. 20).

Neben der Position des/der Berater:in als außenstehende Person betonten mehrere Teilnehmerinnen die Relevanz eines *geschützten Rahmens* (K6.2.2) frei von Bewertung und mit Schweigepflicht (Interviews 1, 10 & 15). Eine Teilnehmerin erklärte: „Es ist wichtig, dass das Gesagte zwischen uns bleibt und nicht weitergetragen wird.“ (Interview 15, Pos. 39).

Mehrere Teilnehmerinnen beschrieben *Austausch und Abwechslung* (K6.2.3) als relevante Eigenschaft der Beratungspraxis. So wurde diese als sozialer Anker oder

Abwechslung im Alltag dargestellt (Interviews 2, 3, 15 & 16). Eine Teilnehmerin erklärte: „Eben zum Beispiel heute wäre mein Tag vielleicht vergangen, ohne dass ich überhaupt mit jemandem gesprochen hätte.“ (Interview 16, Pos. 53). Eine weitere Teilnehmerin betonte: „(...) und dass ihr auch eine Abwechslung gibt, weil wir von der Welt getrennt sind und dass ihr uns einfach einfach etwas anderes anbietet.“ (Interview 3, Pos. 68).

Die *Frequenz und Dauer der Beratung* (K6.2.4) wurde gemischt bewertet. Mehrere Teilnehmerinnen berichteten von kurzen Wartezeiten (Interview 4, 8 & 16), andere davon, lange zu warten oder nur Sitzungen mit größerem zeitlichem Abstand bekommen zu haben (Interview 10, 15 & 17). So beschrieb eine Teilnehmerin: „Zu Beginn gab es wahrscheinlich noch weniger Kapazitäten (...) da habe ich lange warten müssen, da gab es nur einen Termin pro Monat.“ (Interview 15, Pos. 83). Eine andere Teilnehmerin berichtete positiv von flexiblen Terminvereinbarungen: „Zu Beginn hat mich die Beraterin gefragt, welcher Rhythmus für mich passt. Da bin ich dann einmal alle zwei Wochen gekommen und wenn ich größeren Bedarf hatte, konnte ich zusätzliche Termine vereinbaren, das war super.“ (Interview 4, Pos. 181).

Wünsche für zukünftige Beratungen

Die Subkategorie *Wünsche für zukünftige Beratungen* (K6.3) umfasst Anmerkungen und Vorschläge, die die Beratungserfahrung verbessert hätten. Einige Teilnehmerinnen (Interviews 2, 3, 10 & 17) äußerten den Wunsch nach einer *höheren Frequenz der Sitzungen* (K6.3.1). So erklärte eine Teilnehmerin: „Mehr Termine, mehr Personal und kürzere Wartezeiten, das ist dringend nötig. Zum Beispiel warte ich selbst oder auch andere oft zwei Wochen auf einen Gesprächstermin.“ (Interview 10, Pos. 79) und eine andere berichtete:

Aber zum Beispiel, es könnte besser sein, wenn es öfter wäre. Das könnte zum Beispiel besser sein, wenn es öfter Kurse gibt und Gruppen mit der Psychologin und einfach diese Übungen, das könnte schon helfen. Also einfach, dass es öfter ist.
(Interview 2, Pos. 69)

Auch ein *längerer Beratungszyklus* (K6.3.2) sei für mehrere Teilnehmerinnen vorteilhaft und würde die Möglichkeit zur längerfristigen Unterstützung bieten (Interviews 2, 3 & 12). So berichtete eine Teilnehmerin: „Ich würde mir wünschen, dass ich noch länger als vorgesehen an der Beratung teilnehmen kann, insbesondere weil ich gerade in einer schwierigen Phase bin.“ (Interview 12, Pos. 55)

Teilnehmerinnen, die bisher nur Erfahrungen mit der Beratung im Einzelsetting gemacht haben, äußerten den Wunsch nach *Gruppenangeboten* (K6.3.3). Sie beschrieben dies als Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen und im Austausch mit Personen in ähnlichen Situationen zu stehen (Interviews 4, 15 & 16). Eine Teilnehmerin erklärte: „Und dass wir vielleicht nach diesen Treffen und Gruppentherapien jemanden finden können, der uns ähnlich ist, um bis zum nächsten Gruppentreffen Kontakt zu halten. (...) Gruppentherapien und Zusammensein, damit wir uns auch privat kennenlernen und treffen können.“ (Interview 15, Pos. 105).

Zwei Teilnehmerinnen wünschten sich *Einzelberatung nach Teilnahme an Gruppenberatung* (K6.3.4) und erhofften sich davon eine tiefergehende und persönlichere Beratungserfahrung (Interviews 1 & 3). Eine Teilnehmerin erläuterte: „Es wäre sehr wichtig, dass ich alleine an einer Beratung, also einer Einzelberatung teilnehmen kann, weil ich dann einfach leichter und besser auch über meine tiefgründigen Probleme sprechen könnte.“ (Interview 3, Pos. 52).

Mehrere Teilnehmerinnen äußerten zudem, dass sie durch die Einführung von *Multidisziplinärer Beratung und Weitervermittlung* (K6.3.6) profitieren würden (Interviews 6, 10 & 15). Dies würde strukturelle und sprachliche Barrieren abbauen. So beschrieb eine Teilnehmerin:

Außerdem wäre es wichtig, dass diese Einrichtung besser mit den medizinischen Institutionen in der Umgebung vernetzt ist. Das heißt: Wenn jemand wegen psychologischer Hilfe hier herkommt, sollte das auch bei den medizinischen Stellen vermerkt und kommuniziert werden (...) vor allem für Menschen mit wenig Deutschkenntnissen. (Interview 10, Pos. 79)

Bewertung der Wirksamkeit und Zufriedenheit

Die Subkategorie *Bewertung der Wirksamkeit und Zufriedenheit* (K6.4) umfasst Aussagen und Bewertungen der Beratung hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit, Zufriedenheit und Erwartungshaltung.

Mehrere Teilnehmerinnen beschrieben ihre *Erwartungserfüllung* (K6.4.1) als hoch und betonen mehr bekommen zu haben, als sie erwartet hätten (Interviews 2, 3, 15 & 16). So erklärte eine Teilnehmerin: „Nein, ich habe sogar mehr bekommen, als ich wollte und erwartet habe (...) als ich hierher gekommen bin.“ (Interview 15, Pos. 71).

Ein Großteil der Teilnehmerinnen beschrieb die *wahrgenommene Wirksamkeit* (K6.4.2) der Beratung als hoch und eine deutliche Verbesserung der psychischen Beschwerden (Interviews 1, 2, 3, 4, 5, 11, 15 & 16). So erklärte eine Teilnehmerin: „Also, sie hat mir viel geholfen. Sehr viel und für mich war es wichtig, dass ich jetzt wieder meine innere Ruhe habe.“ (Interview 11, Pos. 83) und eine andere berichtete: „Ich weiß wirklich nicht, in welchem Zustand ich wäre, wenn ich die Beratung nicht gehabt hätte (...).“ (Interview 15, Pos. 24). Die Teilnehmerinnen berichteten auch, Fähigkeiten zur Selbstregulation und Problemlösung im Zuge der Beratung erlangt zu haben (Interviews 3 & 11). Zudem beschrieb eine Teilnehmerin: „Als ich hergekommen bin, war ich sehr depressiv und es ging mir gar nicht gut. Langsam wird es besser und ich bin überzeugt davon, dass mir hier geholfen wird. Ich bin so froh hierher gekommen zu sein.“ (Interview 5, Pos. 47)

Die *Zufriedenheit* (K6.4.3) mit der Beratung beschrieb ein Großteil der Teilnehmerinnen als hoch (Interviews 2, 3, 9, 10, 11, 14 & 15). Zudem wurde die Absicht geäußert die Beratung weiterzuempfehlen: „Ich würde, falls jemand ein Problem hat, egal welches, sehr gerne die Beratungsstelle weiter empfehlen.“ (Interview 8, Pos. 60). Eine Teilnehmerin berichtete: „Es ist wirklich, wirklich angenehm hier. In keinem Moment habe ich das Gefühl gehabt, nicht dazuzugehören oder eine unangenehme Situation zu erleben. Die Beraterin ist wirklich eine wunderbare Person. Ganz viel Lob!“ (Interview 9, Pos. 80). Eine weitere Teilnehmerin erklärte:

Ich komme auch weiter hierhin (...) Die Beratung hat mir geholfen. Insbesondere als mir letztes Jahr das passiert ist, hat sie mir sehr geholfen (...) mit der Depression und durch das Gespräch. Ich bin mehr als zufrieden, was die Beratung und die Umstände hier betrifft. (Interview 14, Pos. 19)

Bezüglich der *Verbindlichkeit* (K6.4) der Beratung gegenüber, berichtete ein Großteil der Teilnehmerinnen die Beratung gerne fortführen zu wollen beziehungsweise weiterhin kontinuierlich an dieser teilzunehmen (Interviews 1, 5, 9, 12, 14, 15 & 16). So berichtete eine Teilnehmerin: „In meinen Augen ist die Beraterin sehr gut in ihrem Beruf und die Atmosphäre hier ist auch sehr angenehm, ich komme schon seit einem Jahr.“ (Interview 12, Pos. 63). Eine andere Teilnehmerin erzählte: „Ich komme hier vom ganzen Herzen gern weiter hin und sehe, dass mir hier geholfen wird.“ (Interview 5, Pos. 65). Zudem berichtete eine weitere Teilnehmerin: „Ich bin mehr als zufrieden mit der Beraterin. Und ich werde auch

weiterhin regelmäßig zur Beratung kommen, genauso wie geplant.” (Interview 14, Pos. 84).

Traumainformierte Konzepte

Aspekte trauminformierter Konzepte zeigten sich im Datenmaterial innerhalb verschiedener Kategorien. Dazu zählen insbesondere *Vertrauen* (K6.1.2) in der Beziehung zur Beraterin, das Erleben von *Unterstützung* (K6.1.3) durch die Beraterin und das Bedürfnis nach einem *geschützten Rahmen* (K6.2.2) für die Beratung. Teilnehmerinnen beschrieben wiederholt die Bedeutung eines sicheren Gesprächskontexts, in dem Offenheit möglich war, sowie das Gefühl, von der Beraterin ernst genommen und unterstützt zu werden. Zudem wurde von *Übungen und Interventionen* (K4.3) berichtet, die der Entspannung und Achtsamkeit dienen. Diese Aspekte wurden nicht als eigenständige Kategorie kodiert, sondern innerhalb der bestehenden Kategorien berücksichtigt.

Ergebnisse der Kurzfragebögen für Beraterinnen

Die folgenden Ergebnisse basieren auf den Auswertungen der Kurzfragebögen, die von den Beraterinnen ($n = 4$) ausgefüllt wurden (für eine vollständige Übersicht der Ergebnisse siehe Anhang F). Zwei Beraterinnen gaben an, dass ein schriftliches Beratungskonzept noch in Entwicklung sei. Zwei berichteten, über kein formales Konzept zu verfügen. Die Häufigkeit der Beratungssitzungen variierte über einmal pro Woche, zweimal pro Monat, zwei- bis dreimal pro Monat und einmal pro Monat.

Genderspezifische Faktoren wurden hoch bewertet hinsichtlich ihrer Relevanz in der Beratung ($M = 4,25$; $SD = 0,50$). Alle Beraterinnen berücksichtigten oder thematisierten Gewalterfahrungen, Gendervorstellungen und genderspezifische Ressourcen. Drei gaben an, dass der Wunsch nach einer weiblichen Beratungsperson ebenfalls im Zuge der Beratung aufkommt. Zwei Beraterinnen nannten Autonomie und Schutzräume als Beratungsthemen. Kultursensible Faktoren wurden durchgängig hoch bewertet hinsichtlich ihrer Relevanz in der Beratung ($M = 5,00$; $SD = 0$). Alle Beraterinnen berücksichtigten Zugangsbarrieren und kulturspezifische Aspekte im Beratungsprozess. Drei Beraterinnen gaben an, eigene kulturelle Annahmen zu reflektieren, sowie einen kulturellen oder sprachlichen Bezug zur Zielgruppe zu haben. Eine Beraterin arbeitete mit Sprachmittler:innen. Stressoren und Barrieren wurden hinsichtlich ihrer Relevanz in der Beratung hoch bewertet ($M = 4,75$; $SD = 0,50$). Alle Beraterinnen thematisierten sprachliche, bürokratische und strukturelle Hürden sowie fehlendes Wissen zu bestehenden Angeboten. Drei Beraterinnen berichteten,

Diskriminierungserfahrungen anzusprechen. Zwei Beraterinnen adressierten zudem den Zugang zu Transportmöglichkeiten oder Kinderbetreuung. Ressourcen- und Resilienzförderung wurden durchgängig hoch bewertet hinsichtlich ihrer Relevanz in der Beratung ($M = 5,00$; $SD = 0$). Häufig einbezogen wurden Familie und Kinder, soziale Netzwerke sowie Religion oder Spiritualität. Drei Beraterinnen nutzten Übungen und Interventionen in der Beratung. Zwei Beraterinnen thematisierten zusätzlich persönliche Stärken und Selbstwirksamkeit. Alle Beraterinnen gaben an, trauminformiert zu arbeiten. Als zusätzliche Wünsche wurden jeweils einmal mehr Beraterinnen und Gruppenangebote genannt.

Diskussion

Die vorliegende Studie liefert Evidenz für die Bedeutung genderspezifischer und kultursensibler Faktoren in der psychologischen Beratung geflüchteter Frauen. Darüber hinaus wurden Erkenntnisse zum Umgang mit strukturellen Barrieren und Postmigrationsstressoren, sowie Zugänglichkeit der Beratung gewonnen. Durch Einbezug der Perspektive der Teilnehmerinnen lassen sich Rückschlüsse auf hilfreiche und wirkungsvolle Merkmale der Beratungsperson und des Beratungssettings ziehen. Die Analyse zeigt verschiedene Wirkungsfaktoren, Einschätzungen zur Wirksamkeit der Beratung und potentielle Optimierungsansätze auf. Außerdem wurden sowohl positive als auch negative Aspekte der Teilnahme an einer Beratungsgruppe ermittelt.

Umgang mit Barrieren und Stressoren

Die Ergebnisse verdeutlichen den erheblichen Einfluss struktureller Barrieren und Postmigrationsstressoren auf die Lebensrealität der Teilnehmerinnen. Wiederholt genannt wurden ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Schwierigkeiten mit der Wohnsituation oder Erwerbstätigkeit, sprachliche Barrieren, mangelnder Zugang zu Bildungsangeboten sowie eine eingeschränkte Orientierung im österreichischen System. Diese Postmigrationsstressoren werden auch in zahlreiche Studien hervorgehoben, wobei oft auch ein Zusammenspiel der Stressoren beschrieben wird (Dangmann et al., 2021; Li et al., 2016; von Haumeder et al., 2019). Im Einklang mit der bisherigen Studienlage berichteten die Teilnehmerinnen von einer dadurch bedingten erhöhten psychischen Belastung (Nutsch & Bozorgmehr, 2020; Vonnahme et al., 2015) und wesentlichen Beeinträchtigung im Alltag (Kartal et al., 2018; Porter & Haslam, 2005; Solberg et al., 2020). Psychologische Beratung wurde als zentrale

Unterstützung im Umgang mit diesen Stressoren beschrieben, worauf auch bisherige Befunde hindeuten (Ali, 2020; Molendijk et al., 2024). Positiv hervorgehoben wurden dabei vor allem die Weitervermittlung an medizinische, juristische oder psychosoziale Stellen sowie Aufklärung über arbeitsmarktbezogene und institutionelle Strukturen.

Auch die strukturelle Zugänglichkeit der Beratung wurde thematisiert, wobei die Finanzierbarkeit als zentrale Voraussetzung für eine Teilnahme genannt wurde. Hinsichtlich Transport und Barrierefreiheit fielen die Bewertungen überwiegend positiv aus. Der Mangel von deutschen Sprachkenntnissen erwies sich als zentrale Barriere in der Inanspruchnahme psychologischer Angebote. Dieser birgt die Gefahr von eingeschränkter Teilnahme und weist im Einklang mit der aktuellen Forschungslage auf die Notwendigkeit von Angeboten in Erstsprachen oder der Nutzung von Sprachmittler:innen hin (Chen & Chen 2020; Orang et al., 2023). Obwohl der Aspekt der Sprachkenntnisse im Kategoriensystem unter *kultursensible Faktoren* (Anhang G, Kodiersystem; K3) kodiert wurde, zeigt sich auch eine erhebliche Bedeutung für die strukturelle Zugänglichkeit und Teilhabe am Beratungsprozess. Somit wird auch an dieser Stelle ein Einbezug der Sprachkenntnisse benötigt. Insgesamt stützen die Ergebnisse die Befunde anderer Studien und betonen die Notwendigkeit, strukturelle Barrieren und Postmigrationsstressoren sowohl in der Beratungspraxis selbst, als auch in ihrer Zugänglichkeit systematisch einzubeziehen (Dumke et al., 2024; Nutsch & Bozorgmehr, 2020). Dies ist besonders relevant, da eine unzureichende Berücksichtigung dieser Faktoren mit einer erhöhten psychischen Belastung und einer geringeren Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung einhergeht (Byrow et al., 2020; DeSa et al., 2020; Due et al., 2024).

Genderspezifische Faktoren

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stehen im Einklang mit der beschriebenen Relevanz genderspezifischer Aspekte und deren Auswirkungen auf die Zielgruppe (Jarallah & Baxter, 2019; Vu et al., 2014). Die Teilnehmerinnen beschrieben sowohl partnerschaftliche als auch familiäre Themen als äußerst relevant und häufigen Beratungsgegenstand. Dies stärkt bestehende Befunde zur Notwendigkeit genderspezifische Themen, sowie daraus resultierende Stressoren und Belastungen in die Beratungspraxis einzuschließen (Due et al., 2024; Tappis et al., 2016). Dies kann in einer Perspektive resultieren, die die Lebensrealität der Betroffenen und ihre Herausforderungen anerkennt und ihnen einen sicheren Raum gibt,

sich mit diesen auseinanderzusetzen (Due et al., 2024).

Thematisch wurden einerseits partnerschaftliche Herausforderungen, wie Konflikte, Differenzen, Kommunikation, Scheidungen oder Trennungen beschrieben. Andererseits nannten die Teilnehmerinnen familiäre Themen, wie Care-Arbeit, ungleiche Aufgaben- und Rollenverteilung, Kindererziehung, Verantwortung für eigene Kinder sowie für weitere Familienmitglieder und Konflikte innerhalb der Familie. Die Nennung und Häufigkeit dieser Themenbereiche weist auf eine genderspezifische Mehrbelastung im familiären und partnerschaftlichen Kontext hin, wie sie auch in der bisherigen Forschung beschrieben wird (DeSa et al., 2020; Jarallah & Baxter, 2019; Tahir et al., 2022). Zudem wurde die Beratung als Raum erlebt, in dem genderspezifische Belastungen reflektiert und bearbeitet werden konnten. Die Aussagen der Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie verdeutlichen, dass genderspezifische Faktoren nicht isoliert von strukturellen Bedingungen betrachtet werden können. So verwiesen mehrere Teilnehmerinnen auf strukturelle Barrieren hinsichtlich Sprache, Erwerbstätigkeit und finanzieller Lage, die die Belastungen zusätzlich verstärken und durch bisherige Studien aufgezeigt wurden (Jannesari et al., 2020).

Die bisherige Studienlage weist zudem darauf hin, dass das Gender der Beratungsperson eine entscheidende Rolle für die Zielgruppe darstellen kann, welches in einer Präferenz für das weibliche Gender resultiert (Perplies et al., 2022). In der vorliegenden Studie äußerten acht von 19 Teilnehmerinnen eine klare Präferenz für eine weibliche Beraterin, während die übrigen keine Präferenz angaben. Daraus lässt sich schließen, dass das Gender der Beratungsperson für einen Teil der Zielgruppe von signifikanter Relevanz ist, jedoch nicht als generelles Ausschlusskriterium gewertet werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen bisherige Befunde, die auf eine höhere Wirksamkeit sowie Resilienzförderung bei genderspezifischen Unterstützungsprogrammen hinweisen (Keegan, 2019).

Kultursensible Faktoren

Die Ergebnisse unterstreichen die Relevanz von Sprachkenntnissen, sowie Möglichkeit zur Teilnahme an einer Beratung in der jeweiligen Erstsprache. Eine Sprachbarriere ist häufig die erste Hürde sowohl im Zugang zu Informationen als auch in der Inanspruchnahme psychologischer Angebote (Chen & Chen, 2020). Im Einklang damit nannten alle Teilnehmerinnen dies als wichtigen Faktor und ein Großteil bezeichnete die

Möglichkeit zur Beratung in der eigenen Erstsprache als ausschlaggebend für eine Teilnahme. Dabei gehe es vor allem darum, die eigenen Gedanken und Gefühle präzise auszudrücken und sich sicher und verstanden durch die Beraterin zu fühlen. Jedoch beschrieben zehn von 19 Teilnehmerinnen, dass auch über die gemeinsame Sprache hinaus ein gemeinsamer oder ähnlicher kultureller Hintergrund wichtig ist. Sie beschrieben dies als Verständnis, welches durch geteiltes kulturelles Wissen bedingt ist und in der Möglichkeit die Betroffenen besser nachzuvollziehen, resultiert. Dies steht im Einklang mit bisherigen Befunden, die kulturelles Wissen, Kenntnisse der Erstsprache oder die Nutzung von Sprach- und Kulturmittler:innen als wesentliche Faktoren für die Zielgruppe benennen (Chen & Chen, 2020; Orang et al., 2023). Trotz dessen beschrieben neun Teilnehmerinnen Aspekte wie Expertise, Offenheit und Sympathie als wichtiger, als ein gemeinsamer kultureller Hintergrund.

Auch die Psychoedukation bedarf häufig eine kulturellen Adaption in Form von kulturell angepassten Beschreibungen oder Redewendungen, um wirksam für die Zielgruppe zu sein (Kananian et al., 2020; Kasckow et al., 2014; Rathod et al., 2018). Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte dies nur bedingt erhoben werden, da die Perspektive der Klientinnen erfasst wurde. Somit lassen sich Aussagen über deren Wahrnehmung psychoedukativer Inhalte und Aufklärung treffen. Allerdings können keine Aussagen über die gezielte kulturelle Adaption dieser getroffen werden. Es erfolgte Psychoedukation hinsichtlich der Zusammenhänge von Problemen und psychischen oder somatischen Beschwerden, sowie Achtsamkeits- und Atemübungen und die Funktion dieser. Die Teilnehmerinnen betonten den Nutzen einer grafischen und metaphorischen Darstellung. Da 14 der Teilnehmerinnen eine Beraterin mit einem gemeinsamen oder ähnlichen kulturellen Hintergrund hatten, könnte es sein, dass deren Psychoedukation ohnehin auf Basis kultureller Redewendungen oder Wissen um die Herleitung von Symptomen erfolgte. Dies ist in Anbetracht dessen, dass kulturell adaptierte Interventionen eine höhere Wirksamkeit bei der Zielgruppe aufweisen, von großer Relevanz (Fennig, 2021; Kirsch et al., 2024; McCleary & Horn, 2024). Zudem weist die Studienlage darauf hin, dass eine Berücksichtigung kultursensibler Faktoren eine sinnvolle Ergänzung sein kann, um die Komplexität der Bedürfnisse und Belastungen sowie die zugrunde liegenden Wertevorstellungen der betroffenen Zielgruppe besser erschließen zu können (Rathod et al., 2018; Wöller, 2016). Diese Ergebnisse werden durch Metaanalysen untermauert, die eine signifikant gesteigerte

Effektivität kulturell adaptierter Behandlungsansätze im Vergleich zu nicht adaptierten Behandlungen aufzeigen (Baumann et al., 2015; Benish et al., 2011; Ennis et al., 2020). Dennoch weisen Studien darauf hin, dass die kulturelle Anpassung von Interventionen bisher nicht ausreichend dokumentiert und validiert wurde (Akhtar et al., 2021; Baumann et al., 2015; McCleary & Horn, 2024).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf diverse kulturell geprägte Zugangsbarrieren in der Inanspruchnahme psychologischer Versorgung hin. Dabei scheinen Scham und Stigmatisierung wesentliche Aspekte zu sein. Dies steht im Einklang mit der aktuellen Studienlage, die die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und Scham vor Inanspruchnahme psychologischer Versorgung als zentrale, kulturell geprägte Barriere benennt (Byrow et al., 2020; Satinsky et al., 2019). Weitere Ergebnisse der Studie deuten auf fehlendes Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen und Behandlungsmethoden dieser hin. Dieses Unwissen wurde als weitere Barriere beschrieben und äußerte sich in Bedenken bezüglich psychologischer Angebote. In diesem Kontext wurden auch Vorbehalte gegenüber psychologischen Angeboten auf Basis von bisherigen Erfahrungen im Herkunftsland betont.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie veranschaulichen, dass die Beratung auch zur Auseinandersetzung mit kulturellen Themen oder Unterschieden dient. Explorativ wurden auch mögliche kulturelle Deutungsmuster zu Ursachen psychischer Symptome erfasst. Dabei ergaben sich religiöse Aspekte sowie eine Verknüpfung von somatischen und psychischen Erkrankungen mit einem tragischen Ereignis. Zudem ergab die explorative Analyse der Erwartungshaltung hinsichtlich der Beratung, dass der Wunsch besteht, diese primär zur emotionalen Entlastung zu nutzen. Die bisherige Studienlage deutet darauf hin, dass auch die Erwartungen an die jeweiligen psychologischen Interventionen kulturell geprägt sein können (Patel et al., 2021; Naeem, 2019). Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass den Teilnehmerinnen ein enges, vertrautes und emotional verbundenes Verhältnis zu ihren Beraterinnen ebenso wie eine informelle Anrede wichtig ist.

Ressourcen und Resilienzförderung

Die Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von Ressourcen- und Resilienzstärkung in der Beratungspraxis. Im Einklang mit aktueller Forschung wurde sowohl die Familie als auch das soziale Netzwerk als wesentliche Ressourcen, die auch in der Beratung thematisiert werden, genannt (Hawkes et al., 2020; Schweitzer et al., 2006; Stempel et al., 2017). Dies

können Freund:innen, Bekannte, Familienangehörige sowie Personen, die sich über das Beratungsangebot kennengelernt haben, sein. Der Wunsch nach sozialen Kontakten und Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, wie man selbst, wurde mehrfach geäußert. Dies unterstreicht die Relevanz sozialer Vernetzung und dem Erleben eines Gemeinschaftsgefühls und untermauert die bisherige Evidenz (Böttche et al., 2016; Kananian et al., 2020; Peterson et al., 2020). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen auch die aktuelle Evidenz zum Nutzen von Gruppenangeboten zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühls und der Resilienz (Hawkes et al., 2021b). So bewerteten alle Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe das soziale Miteinander als positiv und relevant. Entgegen bisheriger Forschungsergebnisse (Schweitzer et al., 2006; Stempel et al., 2017) fand die vorliegende Studie keine Hinweise darauf, dass Religiosität oder Spiritualität als Ressource genutzt wird. Aktuelle Forschungsergebnisse betonen zudem in diesem Kontext die Relevanz kultursensibler Perspektiven (Hassan et al., 2016). Diese können dazu beitragen, kulturell geprägte Konzepte von psychischer Gesundheit und Belastung zu erfassen und die vorhandenen Ressourcen angemessen zu stärken (Hassan et al., 2016; Silove et al., 2017). So wird der Einbezug von Themen wie Optimismus, Glaube und Zielen in der Beratung postuliert (Böttche et al., 2016).

Die Ergebnisse zu dem Nutzen von Interventionen und Übungen für die Zielgruppe stehen im Einklang mit aktuellen Forschungsergebnissen (Ali, 2020; Flory, 2017; Kananian et al., 2022). Die Teilnehmerinnen berichteten von Entlastung und hohem subjektiven Nutzen durch das Kennenlernen und Durchführen von Atem-, Entspannung- und Achtsamkeitsübungen. Zudem ermittelten sie Tätigkeiten, die Stressreduktion oder Achtsamkeit begünstigen und sich im Alltag umsetzen lassen.

Die vorliegende Studie liefert zudem Hinweise darauf, dass die Ratschläge der Beraterinnen als hilfreich angesehen wurden.

Beratungsgruppe

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stehen im Einklang mit der bisherigen Evidenz gruppenbasierter Interventionen für die Zielgruppe (Perplies et al., 2022). Alle Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe beschrieben das Miteinander und den Austausch mit den anderen Teilnehmerinnen als wesentliche Stärke des Gruppenkontextes. Diese Befunde untermauern bisherige Forschungsergebnisse zur Relevanz eines Zugehörigkeitsgefühl und

emotionaler Unterstützung durch andere Teilnehmerinnen (Perplies et al., 2022; Posselt et al., 2019). Zudem wurden die Übungen aus der Beratungsgruppe positiv als effektives Element dieser hervorgehoben. Somit stehen die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Einklang mit der bisherigen Forschung zum Nutzen der Beratungsgruppe für die beschriebene Zielgruppe (Flory, 2017; Kananian et al., 2022).

Hinweise aktueller Forschung darauf, dass es sich bei einem Gruppenangebot auch um eine Hürde aufgrund mangelnder Privatsphäre handeln kann (Perplies et al., 2022), konnten auch in der vorliegenden Studie gefunden werden. So erklärten zwei Teilnehmerinnen, sie würden ein Einzelsetting für die Beratung bevorzugen, um offen und tiefergehend über ihre Themen reden zu können. Dies unterstreicht die Bedeutung einer vertrauensvollen Atmosphäre in der Gruppe sowie die Rolle der anleitenden Person, eine Atmosphäre zu schaffen, in der positive soziale Kontakte möglich sind (Perplies et al., 2022).

Erfahrung und Bewertung der Beratung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf diverse Faktoren hin, die zusätzlich zu den bisherigen Analyseelementen relevant für eine positive Beratungserfahrung sein können.

Dies veranschaulicht die Bedeutung von Kompetenzen der Berater:innen. Die Ergebnisse umfassen Empathie, Verständnis, Vertrauen und fachliche Kompetenz als zentrale Einflussfaktoren. Auch wenn es sich bei psychologischer Beratung nicht um Psychotherapie handelt, zeigen sich vergleichbare Wirkfaktoren. Die therapeutische Beziehung gilt konsistent als stärkster Prädiktor positiver Behandlungsergebnisse (Wampold & Imel, 2015). Studien, die psychologische Interventionen im Kontext von Fluchterfahrungen untersuchen, zeigen zudem, dass Vertrauen, Vertraulichkeit des Gesagten und eine nicht-wertende Haltung entscheidend für die Wirksamkeit sind (Badri et al., 2013; Mirdal et al., 2012). Die vorliegende Studie stützt diese Befunde. Ergänzend wird die Bedeutung kultursensibler Ansätze, Flexibilität und Sensibilität im Umgang mit komplexen Bedürfnissen hervorgehoben (Karageorge et al., 2017; Loewy et al., 2002; Pogarell et al., 2019; Schlechter et al., 2020). Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, die auf die Bedeutung von kulturellem Wissen und den Nutzen eines gemeinsamen kulturellen Hintergrundes zwischen Klient:in und Berater:in hinweisen. In der vorliegenden Studie wurde dies stark mit Verständnis, der Möglichkeit zur Perspektivenübernahme und

Anerkennung der eigenen Lebensrealität assoziiert. Dies steht im Einklang mit aktuellen Forschungsergebnissen, die auf die Relevanz gezielter, kulturell angepasster Psychoedukationsmaßnahmen zur Abmilderung kultureller Hindernisse hinweisen (Khairat et al., 2023; Shannon et al., 2014). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass die Zielgruppe von gezielter Psychoedukation über Flucht- und Traumafolgen, psychische Belastungen und Bewältigungsstrategien profitieren kann.

Zudem veranschaulichen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass das Setting für eine positive Beratungserfahrung relevant sein kann. So wurden die Rolle der Beraterinnen als außenstehende und neutrale Bezugsperson sowie die Gewährleistung von Vertraulichkeit mehrfach von den Teilnehmerinnen genannt. Diese Aspekte entsprechen zentralen Empfehlungen kultursensibler Beratungsansätze, die Sicherheit und Wertfreiheit als Grundlage für Vertrauen und Wirksamkeit betonen (Badri et al., 2013; Chen & Chen, 2020; Mirdal et al., 2012). Darüber hinaus dient Beratung als wichtige Abwechslung im Alltag und Ressource gegen Isolation, was die doppelte Funktion psychosozialer Angebote in Form von Entlastung und sozialer Einbettung unterstreicht (Kananian et al., 2020; Satinsky et al., 2019). Gleichzeitig heben die gemischten Ergebnisse hinsichtlich Frequenz und Dauer des Beratungsangebots strukturelle Hindernisse und Mängel hervor, wie sie auch in anderen Studien beschrieben werden (Hollander et al., 2011; Nutsch & Bozorgmehr, 2020; Steel et al., 2009). Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, die den Wunsch nach höherer Frequenz der Beratungssitzungen und einem längeren Beratungszyklus spiegeln.

Zudem sind Gruppenangebote für die Zielgruppe ein Anliegen, um die soziale Vernetzung und Unterstützung zu fördern, welches auch von aktueller Forschung als wesentliche Ressource postuliert wird (Hawkes et al., 2020; Perplies et al., 2022). Ergänzend äußerten einige Teilnehmerinnen den Bedarf nach Einzelberatungen im Anschluss an Gruppensettings, um persönliche Themen vertiefen zu können. Diese Kombination verweist auf die Relevanz flexibler Angebotsformen, die sowohl Austausch als auch individuelle Bearbeitung ermöglichen (Flory 2017; Kananian et al., 2020). Darüber hinaus betonten die Teilnehmerinnen die Notwendigkeit multidisziplinärer Vernetzung, um psychosoziale und medizinische Unterstützung besser zu koordinieren. Dies steht im Einklang mit aktueller Forschung zum Abbau bestehender sprachlicher sowie struktureller Barrieren (Nutsch &

Bozorgmehr, 2020; Renner et al., 2020; Satinsky et al., 2019).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung sowie eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung psychischer Beschwerden. Mehrere Teilnehmerinnen berichteten zudem von einem Zugewinn an Selbstregulations- und Bewältigungsstrategien als Gegenstück zu empfundener Hilflosigkeit, was die nachhaltige Bedeutung der Beratung unterstreicht. So zeigt sich im Einklang mit aktueller Forschung, dass psychologische Beratung wirksam sein kann und eine zentrale Ressource für geflüchtete Frauen darstellt (Molendijk et al., 2024; Ali, 2020; Bemak & Chung, 2017). Die Befunde machen deutlich, dass Wirksamkeit und Zufriedenheit eng an einen vertrauensvollen, sicheren Rahmen und eine kontinuierliche Bezugsperson gebunden sind, was auch in bisherigen Studien als Grundlage für Stabilisierung und die Stärkung von Selbstwirksamkeit hervorgehoben wird (Flory, 2017).

Traumainformierte Konzepte

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass die Beratung nach traumainformierten Konzepten stattgefunden hat und traumsensibel gestaltet wurde. So berichteten die Teilnehmerinnen von Elementen wie Vertrauen zur Beraterin, Unterstützung, Offenheit und einem geschützten Rahmen. Dies steht im Einklang mit den Empfehlungen aktueller Forschung, die einen vertrauensvollen, sicheren und wertfreien Rahmen betont (Flory, 2017; Mathis et al., 2024). Die Nutzung von Achtsamkeits- und Entspannungsübungen im Beratungskontext zur Stressreduktion und zur Fokussierung auf die Gegenwart steht ebenfalls im Einklang mit aktueller Evidenz (Flory, 2017; World Health Organization [WHO], 2017).

Aus den Aussagen der Teilnehmerinnen ging nicht hervor, inwiefern spezifische traumasensible Elemente wie Transparenz zum Ablauf, Einbezug in Entscheidungen und Psychoedukation zu Traumafolgen umgesetzt wurden. In aktueller Forschung wird betont, dass diese Faktoren sowie ein zurückhaltender und sorgfältiger Umgang mit traumatischen Inhalten und die systematische Berücksichtigung von Postmigrationsstressoren zentrale Bestandteile traumainformierter Ansätze darstellen (Flory, 2017; Mathis et al., 2024; Vallejo-Martín et al., 2021).

Perspektive der Beraterinnen

Die Auswertung der Kurzfragebögen zeigt eine deutliche Übereinstimmung

hinsichtlich relevanter Faktoren in der Beratungspraxis mit den Einschätzungen der Teilnehmerinnen. Zentrale Dimensionen wie genderspezifische Faktoren und kultursensible Ansätze, die Berücksichtigung von Barrieren sowie die Förderung von Ressourcen und Resilienz werden von beiden Perspektiven als hoch relevant eingeschätzt. Drei der Beraterinnen berichteten von einem kulturellen und sprachlichen Bezug zu ihrer Zielgruppe und eine Beraterin von der Nutzung von Sprachmittler:innen, um dies zu gewährleisten. Dies spricht dafür, dass wesentliche, in der Fachliteratur empfohlene Elemente wie Genderspezifität und ein kultursensibles Vorgehen bereits in der Beratungspraxis implementiert sind (Due et al., 2024; Kirsch et al., 2024; McCleray & Horn, 2023). Allerdings verfügt keine der Beratungseinrichtungen, in denen die Beraterinnen tätig sind, über ein schriftliches Beratungskonzept. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erfahrungen während der Datenerhebung, in deren Verlauf zahlreiche Institutionen kontaktiert wurden, ohne dass eine einzige ein verschriftlichtes Beratungskonzept oder entsprechende Leitlinien vorlegen konnte. Aus wissenschaftlicher und praxisorientierter Perspektive ist dies von erheblicher Relevanz, da standardisierte Konzepte eine systematische Strukturierung und Vergleichbarkeit der Beratungspraxis ermöglichen. Sie bilden die Grundlage, um die Umsetzung spezifischer Ansätze nachvollziehbar zu dokumentieren, ihre Qualität zu sichern und ihre Wirksamkeit evidenzbasiert zu evaluieren.

Limitationen

Die vorliegende Studie weist mehrere Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Die ermittelten Wirkfaktoren benötigen zudem eine Einordnung in den jeweiligen Kontext der Teilnehmerinnen.

Wesentliche Limitationen hängen mit der verwendeten Stichprobe und dem jeweiligen Beratungssetting zusammen. Die Rekrutierung erfolgte ausnahmslos über die jeweiligen Beraterinnen der Teilnehmerinnen. Dies kann zu einer Datenverzerrung auf Grund von sozialer Erwünschtheit oder Verpflichtungsannahme gegenüber der Beraterin führen. Insbesondere bei den Teilnehmerinnen der Gruppenberatung erfolgten zwei Interviews im Gruppensetting mit jeweils zwei Teilnehmerinnen, somit kann zu verstärkten Effekten sozialer Erwünschtheit gekommen sein (Krumpal, 2012). Gleichzeitig umfasst die Stichprobe nur Personen, die regelmäßig und kontinuierlich an einer Beratung teilnehmen und deckt nicht Personen, die negative Beratungserfahrungen gemacht haben, die Beratung

abgebrochen oder keinen Zugang zu dieser haben, ab. Dadurch können kritische Perspektiven oder strukturelle Barrieren im Zugang weniger berücksichtigt werden.

Zudem haben alle Teilnehmerinnen die Beratung bei einer weiblichen Beraterin absolviert, was die Schlüsse zur Bedeutungen des Genders der Beratungsperson einschränkt. Die Teilnehmerinnen hatten bis auf wenige Ausnahmen keinen Vergleich zwischen der Beratungserfahrung mit einem männlichen Berater und einer weiblichen Beraterin. Dies führt dazu, dass ihre Aussagen zur Relevanz des Genders der Beratungsperson als Präferenz eingeordnet werden können, nicht jedoch als wesentlicher Wirkungsfaktor.

Des Weiteren haben alle Teilnehmerinnen die Beratung in ihrer Erstsprache absolvieren können, welches sich in der Analyse der vorliegenden Studie als wesentlicher Faktor zur Zugänglichkeit und Teilnahme an der Beratung herausgestellt hat. Dennoch schränkt dies die Befunde zur kultursensiblen Adaption der Beratung ein. Durch die Teilnahme in der Erstsprache beziehungsweise durch die Nutzung des Sprachmittlers kann davon ausgegangen werden, dass eine sprachliche und kulturelle Adaption der Beratung stattgefunden hat. Somit fehlt es an Ergebnissen zur Vergleichbarkeit in der Bewertung der kulturellen Adaption des Beratungssettings. Dies sollte insbesondere bezüglich der Ergebnisse zur Relevanz der kulturellen Passung durch den/die Berater:in berücksichtigt werden, da nur fünf der Teilnehmerinnen bei einer Beraterin, die den kulturellen Hintergrund nicht teilt, an der Beratung teilgenommen haben. Es bleibt unklar, wie viel kulturelles Wissen und Verständnis in diesen fünf Fällen durch den Einsatz des Sprachmittlers in den Beratungsprozess eingeflossen ist. Dies erschwert die Einordnung kultursensibler Faktoren und lässt vermuten, dass deren Relevanz höher sein könnte, als von den Teilnehmerinnen explizit benannt wurde.

Die Art der Datenerhebung durch qualitative Interviews mit den Klient:innen der Beratungen zeichnet sich durch subjektive Einblicke in deren Beratungserfahrung aus. Dies birgt die Möglichkeit, Wirkungsfaktoren und relevante Elemente für die Zielgruppe abzuleiten, was positiv hervorzuheben ist. Gleichzeitig sind dadurch zu einigen Aspekten nur limitierte Aussagen zu treffen. Aus Klientinnenperspektive sind Aspekte wie Anpassung der Psychoedukation, traumasensibler Umgang oder auch Exploration von Gewalterfahrung nur bedingt erfassbar. In der vorliegenden Studie wurde versucht, durch die Kurzfragebögen die Perspektive der Beraterinnen einzubeziehen, und den Mangel an verschriftlichten

Beratungskonzepten auszugleichen. Die Interpretierbarkeit dieser Ergebnisse ist aufgrund methodischer Einschränkungen begrenzt. Es handelt sich um Selbstauskünfte aus Kurzfragebögen, die nur eingeschränkt inhaltliche Tiefe zulassen und keine detaillierten Kontextinformationen erfassen. Zudem ist die Stichprobengröße sehr gering, sodass keine generalisierbaren Aussagen abgeleitet werden können. Dennoch lassen sich Tendenzen ableiten, die als Rahmen für weiterführende Studien dienen können. Für zukünftige Forschung ist es von Bedeutung, diese explorativen Befunde mit größeren Stichproben und vertiefenden qualitativen Methoden, wie leitfadengestützten Interviews oder Fokusgruppen, zu überprüfen. Ein solcher Ansatz könnte differenziertere Einblicke in die praktische Umsetzung und Wirksamkeit genderspezifischer und kultursensibler Beratung bieten und zugleich die Entwicklung standardisierter, evidenzbasierter Beratungskonzepte unterstützen.

Die Zusammensetzung der Stichprobe stellt eine zentrale Stärke der vorliegenden Untersuchung dar. Durch die Vielfalt in Alter, Herkunftsländern, Aufenthaltsdauer in Österreich sowie Art und Umfang der Beratungserfahrung konnten differenzierte Perspektiven in die Analyse einbezogen werden. Damit liefert die Studie ein breites und facettenreiches Bild der Beratungserfahrungen geflüchteter Frauen in Österreich. Die Heterogenität der Stichprobe verdeutlicht jedoch zugleich, dass sich je nach kulturellem Hintergrund oder Aufenthaltsdauer im Ankunftsland unterschiedliche Bedarfe und Erwartungen an psychologische Beratung ergeben können. Obwohl die Gesamtstichprobe 19 Frauen umfasst, sind bestimmte Untergruppen, wie etwa Frauen mit kurzer Aufenthaltsdauer oder aus weniger vertretenen Herkunftsregionen, nur sehr klein besetzt. Systematische Vergleiche zwischen diesen Gruppen sind daher nicht möglich. Diese Aspekte konnten in der vorliegenden Analyse nicht differenziert betrachtet werden und sollten in zukünftigen Studien vertiefend untersucht werden.

Forschungsausblick

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen den Forschungsbedarf zu postmigrantischen und genderspezifischen Stressoren sowie zu strukturellen Barrieren und Ressourcen im Kontext psychologischer Beratung. Zukünftige Studien sollten untersuchen, in welchem Ausmaß diese Faktoren in die Beratungspraxis integriert sind und welche Bedeutung sie für deren Wirksamkeit besitzen. Darüber hinaus besteht weiterer Forschungsbedarf zur kulturellen Adaption der Beratung, insbesondere zur Anpassung psychoedukativer Inhalte und deren

Umsetzung. Kulturell geprägte Aspekte wie Erwartungshaltungen gegenüber der Beratung und Wünsche hinsichtlich der Beziehung zur Beratungsperson sind vertieft zu untersuchen, um daraus für die Zielgruppe relevante Erkenntnisse und praxisnahe Empfehlungen abzuleiten. Ebenso ist zu untersuchen, inwieweit und für welche Zielgruppe Religiosität und Spiritualität als Ressourcen wirksam sind. Auch der kulturell adaptierte Einsatz von Achtsamkeits- und Entspannungsübungen erfordert empirische Prüfung und Evaluation. In diesem Zusammenhang kann die Entwicklung evidenzbasierter Leitfäden eine gezielte und kultursensible Vermittlung solcher Übungen unterstützen. Zudem gilt es zu untersuchen, wo die Grenzen psychologischer Beratung bei Klientinnen mit Traumaerfahrungen liegen und wie ein angemessener Umgang mit dieser Thematik unter Berücksichtigung struktureller Hürden gestaltet werden kann.

Künftige Forschung sollte dabei sowohl die Perspektive der Klientinnen als auch jene der Berater:innen systematisch einbeziehen, um evidenzbasierte Grundlagen für die Formulierung, Weiterentwicklung und Evaluation psychologischer Beratungskonzepte zu schaffen.

Implikationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen praxisrelevante Schlüsse für die Weiterentwicklung psychologischer Beratung von geflüchteten Frauen zu. Es konnte Evidenz dafür gefunden werden, dass Sprache ein zentrales Zugangskriterium zur Beratung darstellt. Angebote in der Erstsprache oder mit professioneller Sprachmittlung können den Vertrauensaufbau begünstigen, die Ausdrucksfähigkeit der Klientinnen gewährleisten und somit die Qualität des Beratungsprozesses verbessern. Darüber hinaus kann es für die Zielgruppe sinnvoll sein, wenn Informationsmaterial über das Beratungsangebot auf der Erstsprache zur Verfügung steht. Zudem weisen die Befunde darauf hin, dass die Zielgruppe von psychoedukativer Wissensvermittlung in verbildlichter und metaphorischer Darstellung zu Beratungsangeboten, psychischen Belastungen und Traumafolgen profitieren kann. Dies könnte kulturell bedingte Zugangsbarrieren, die durch Scham und Stigmatisierung entstehen, abschwächen und die Zugänglichkeit der Beratung erhöhen (Renner et al., 2020; Satinsky et al., 2019). Es konnte Evidenz dafür gefunden werden, dass der Einbezug kultureller Werten der Herkunftsgesellschaft und der Anforderungen und Hindernisse durch das System des Ankunftslandes in der Beratungspraxis relevant sein kann.

Darüber hinaus verdeutlicht die vorliegende Studie den Bedarf an verschriftlichten Beratungskonzepten. Solche Konzepte würden sowohl eine systematische Analyse und Evaluation ermöglichen als auch eine methodische Orientierung für Berater:innen schaffen. Auf Basis der Ergebnisse erwiesen sich genderspezifische, kultursensible und traumasensible Aspekte als relevant im Beratungsprozess. Der Einbezug dieser kann durch eine strukturierte Einordnung in Beratungskonzepte gewährleistet werden. Zudem sollten Hinweise zur Berücksichtigung von Postmigrationsstressoren, welche die Lebensrealität der Betroffenen maßgeblich formen, berücksichtigt werden (Khairat et al., 2023). Da die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf die Notwendigkeit kultureller Adaption in der Beratungspraxis hinweisen, ist es wichtig, diese detailliert in die Beratungskonzepte aufzunehmen. Dies kann insbesondere für Berater:innen, die nicht denselben kulturellen Hintergrund wie ihre Klientinnen teilen, sinnvoll sein. Damit könnten kultursensible Adaptionen strukturell verankert und eine Grundlage zur Schulung von Berater:innen hinsichtlich kultursensitiver Perspektiven geschaffen werden. Darüber hinaus erscheint eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Beratungsstellen bedeutsam, um den komplexen Bedarfen der Zielgruppe angemessen zu begegnen und eine niedrigschwellige Weitervermittlung zu ermöglichen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Zielgruppe vom Einbezug spezifischer Ressourcen profitieren kann. Auf Basis bisheriger Forschungsergebnisse kann dies zu einer Verminderung der psychischen Belastung führen (Hawkes et al., 2020).

Auf Basis der Ergebnisse wird deutlich, dass es notwendig ist, die Beratung flexibel an die jeweiligen Kontexte und individuellen Lebenslagen der Klientinnen anzupassen. Dies betrifft sowohl die Rahmenbedingungen wie Finanzierbarkeit, Dauer und Frequenz der Sitzungen als auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung. Im Einklang damit weisen die Ergebnisse auf die Bedeutung von Wahlmöglichkeiten und der Berücksichtigung individueller Präferenzen sowohl hinsichtlich des Beratungssettings (Einzel- oder Gruppensetting) als auch des Genders der Beratungsperson hin. Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass die zentralen Analysefaktoren, die aus Sicht der Teilnehmerinnen relevant sind, bereits in der Beratungspraxis berücksichtigt werden.

Für die zukünftige Gestaltung erscheint es sinnvoll, Einzelberatungen durch ergänzende Gruppenangebote zu erweitern. Diese können eine Erweiterung zu klassischen

Beratungsgruppen darstellen und Formate mit Fokus auf Psychoedukation, Übungen zur Entspannung und Stabilisierung sowie auf sozialen Austausch im Gruppenkontext umfassen. Ein solches kombiniertes Vorgehen könnte die Vorteile psychologischer Beratung im Einzelkontext mit den Potenzialen gemeinschaftlicher Unterstützung, Anleitungen von Übungen und Resilienzstärkung verbinden und so die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der psychologischen Beratung erhöhen.

Fazit

Die vorliegende qualitative Untersuchung ermöglichte vertiefte Einblicke in die Beratungserfahrungen geflüchteter Frauen in Österreich und leistet damit einen relevanten Beitrag zum Diskurs über die Weiterentwicklung psychologischer Beratungsangebote. Es wurde die Relevanz gendersensibler, kultursensibler und traumasensibler Aspekte sowie die Berücksichtigung struktureller Barrieren und Ressourcenstärkung in der Beratungspraxis aufgezeigt. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, sowohl die Perspektiven der betroffenen Frauen als auch jene der Berater:innen systematisch einzubeziehen und diese mit theoriebasierten Konzepten zu verknüpfen. Eine konsequente Berücksichtigung der Erfahrungen und Einschätzungen der Zielgruppe kann dazu führen, dass Beratungsansätze praxisnah an den tatsächlichen Bedarfen ausgerichtet sind und angemessen weiterentwickelt werden.

Literatur

- Akhtar, A., Giardinelli, L., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H., Whitney, C., Jordans, M. J. D., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., Dawson, K., & Bryant, R. (2021). Feasibility trial of a scalable transdiagnostic group psychological intervention for Syrians residing in a refugee camp. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1932295. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1932295>
- Ali, A. S. A. (2020). Efficiency of intervention counseling program on the enhanced psychological well-being and reduced post-traumatic stress disorder symptoms among Syrian women refugee survivors. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 16(Suppl. 1), 134. <https://doi.org/10.2174/1745017902016010134>
- Al-Krenawi, A., & Bell, M. M. (2023). Gender differences in Syrian refugees in Jordan: Psychological, self-esteem, family function, marital satisfaction, and life satisfaction. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(3), 714–723. <https://doi.org/10.1177/00207640221140286>
- Aragona, M., Castaldo, M., Tumiatì, M., Schilliro, M., Secco, A., Agrò, F., Forese, A., Tosi, M., Baglio, G., & Mirisola, C. (2019). Influence of post-migration living difficulties on post-traumatic symptoms in Chinese asylum seekers resettled in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, 66, 002076401988896. <https://doi.org/10.1177/0020764019888960>
- Asfaw, B. B., Beiersmann, C., & Keck, V. (2020). Experiences of psychotherapists working with refugees in Germany: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20, 588. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02996-0>
- Badri, A., Crutzen, R., Eltayeb, S., & Van den Borne, H. W. (2013). Promoting Darfuri women's psychosocial health: Developing a war trauma counsellor training programme tailored to the person. *EPMA Journal*, 4(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1878-5085-4-10>
- Baumann, A. A., Powell, B. J., Kohl, P. L., Tabak, R. G., Penalba, V., Proctor, E. E., Domenech-Rodriguez, M. M., & Cabassa, L. J. (2015). Cultural adaptation and implementation of evidence-based parent-training: A systematic review and critique of guiding evidence. *Children and youth services review*, 53, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.03.025>

- Bemak, F., & Chung, R. C.-Y. (2017). Refugee trauma: culturally responsive counseling interventions. *Journal of Counseling & Development*, 95(3), 299–308. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jcad.12144>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasingha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Böttche, M., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland [Psychotherapeutic treatment of traumatized refugees in Germany]. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1136–1143. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0214-x>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 75, 101812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
- Chen, H., & Chen, E. C. (2020). Working with interpreters in therapy groups for forced migrants: Challenges and opportunities. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(2), 244–269. <https://doi.org/10.1080/00207284.2019.1685885>
- Chu, T., Keller, A., & Rasmussen, A. (2013). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*, 15(5), 890–897. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9696-1>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative

- and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Dangmann, C., Solberg, Ø., & Andersen, P. N. (2021). Health-related quality of life in refugee youth and the mediating role of mental distress and post-migration stressors. *Quality of Life Research*, 30(8), 2287–2297. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02811-7>
- DeSa, S., Gebremeskel, A. T., & Yaya, S. (2020). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: Study protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 9(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01446-y>
- Directorate-General for Internal Policies of the Union (European Parliament), & Davaki, K. (2021). *The traumas endured by refugee women and their consequences for integration and participation in the EU host country*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2861/897>
- Due, C., Gartley, T., & Ziersch, A. (2024). A systematic review of psychological group interventions for adult refugees in resettlement countries: Development of a stepped care approach to mental health treatment. *Australian Psychologist*, 59(3), 167–184. <https://doi.org/10.1080/00050067.2024.2343745>
- Dumke, L., Schmidt, T., Wittmann, J., Neldner, S., Weitkämper, A., Catani, C., Neuner, F., & Wilker, S. (2024). Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany-A prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 16(3), 1141–1158. <https://doi.org/10.1111/aphw.12523>
- European Union Agency for Asylum. (2024). *Asylum applications per capita in EU+ countries*. In *EUAA Asylum Report 2024*. Publication Office of the European Union. <https://euaa.europa.eu/asylum-report-2024/3141-asylum-applications-capita>
- European Union Agency for Asylum. (2025). *Asylum report 2025: Annual report on the situation of asylum in the European Union*. Publications Office of the European Union. <https://euaa.europa.eu/asylum-report-2025>
- Ennis, N., Shorer, S., Shoval-Zuckerman, Y., Freedman, S., Monson, C. M., & Dekel, R. (2020). Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of

- cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 587-61. <https://doi.org/10.1002/jclp.22909>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Fennig, M. (2021). Cultural adaptations of evidence-based mental health interventions for refugees: Implications for clinical social work. *The British Journal of Social Work*, 51(3), 964–981. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa024>
- Feyera, F., Mihretie, G., Bedaso, A., Gedle, D., & Kumera, G. (2015). Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15, 171. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0539-1>
- Filler, T., Benipal, P. K., Torabi, N., & Minhas, R. S. (2021). A chair at the table: A scoping review of the participation of refugees in community-based participatory research in healthcare. *Globalization and Health*, 17(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00756-7>
- Flory, L. (2017). *Traumatasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten: Ein Praxisleitfaden*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/11/BAfF_Praxisleitfaden-Traumatasensibler-Umgang-mit-Gefluechteten_2018.pdf
- Gesundheit.gv.at. (2022). Migranten: Psychosoziale Angebote. Abgerufen am [26.08.2025], von <https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/gesundheitssystem/gesundheitsfoerderung-gesellschaft/migranten-psychosoziale-angebote.html>
- 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>
- Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2020). Resilience factors in women of refugee background: A qualitative systematic review. *Community Psychology in Global Perspective*, 6, 101–127. <https://doi.org/10.1285/i24212113v6i2-1p101>

- Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2021a). A qualitative investigation of mental health in women of refugee background resettled in Tasmania, Australia. *BMC Public Health*, 21(1), 1877. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11934-y>
- Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2021b). Exploring resilience, coping and wellbeing in women of refugee background resettled in regional Australia. *Frontiers in Psychology*, 12, 704570. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704570>
- Henkelmann, J.-R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(4), e68. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>
- Hollander, A. C., Bruce, D., Burström, B., & Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants: A cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, 11(1), 180. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-180>
- 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>
- Im, H., Rodriguez, C., & Grumbine, J. M. (2021). A multitier model of refugee mental health and psychosocial support in resettlement: Toward trauma-informed and culture-informed systems of care. *Psychological Services*, 18(3), 345–364. <https://doi.org/10.1037/ser0000412>
- Jannesari, S., Hatch, S., & Oram, S. (2020). Seeking sanctuary: rethinking asylum and mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e154. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000669>
- Jarallah, Y., & Baxter, J. (2019). Gender disparities and psychological distress among humanitarian migrants in Australia: A moderating role of migration pathway? *Conflict and Health*, 13, 13. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0196-y>
- Jumaa, J. A., Kluge, U., Weigold, S., Heinz, E., & Mehran, N. (2020). Peer-to-peer-Selbsthilfe-Interventionen für Geflüchtete: Eine Pilotstudie [Peer-to-peer self-help

- interventions for refugees: A pilot study]. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 88(2), 89–94. <https://doi.org/10.1055/a-1011-4232>
- Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with Afghan refugees: A randomized controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 928–938. <https://doi.org/10.1002/jts.22615>
- Kananian, S., Kip, A., Schumm, H., Giesebrecht, J., Nicolai, A., Schade-Brittinger, C., Reese, J. P., Weise, C., Mewes, R., Morina, N., Ehring, T., & Stangier, U. (2022). Culturally adapted cognitive behavioural group therapy for mental disorders in refugees plus problem solving training (ReTreat): Study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*, 12(11), e061274. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061274>
- Karageorge, A., Rhodes, P., Gray, R., & Papadopoulos, R. (2017). Refugee and staff experiences of psychotherapeutic services: A qualitative systematic review. *Intervention*, 15(1), 51–69. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/WTF.0000000000000137>
- Kartal, D., Alkemade, N., & Kiroopoulos, L. (2018). Trauma and mental health in resettled refugees: Mediating effect of host language acquisition on posttraumatic stress disorder, depressive and anxiety symptoms. *Transcultural Psychiatry*, 56, 136346151878953. <https://doi.org/10.1177/1363461518789538>
- Kasckow, J., Morse, J., Begley, A., Anderson, S., Bensasi, S., Thomas, S., Quinn, S. C., & Reynolds, C. F. (2014). Treatment of post traumatic stress disorder symptoms in emotionally distressed individuals. *Psychiatry research*, 220(0), 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.043>
- Keegan, B. (2019). Refugee status and female victimization. *The encyclopedia of women and crime*, 1-5. <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewac0433>
- Keygnaert, I., Vettenburg, N., & Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: Sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 505–520. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.671961>

- Khairat, M., Hodge, S., & Duxbury, A. (2023). Refugees' and asylum seekers' experiences of individual psychological therapy: A qualitative meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(4), 811–832. <https://doi.org/10.1111/papt.12470>
- Kim, W., Yalim, A., & Kim, I. (2020). “Mental health is for crazy people”: Perceptions and barriers to mental health service use among refugees from Burma. *Community Mental Health Journal*, 57. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00700-w>
- Kirsch, J., Kitchens, K., Kerr, K., & Sivakumaran, S. (2024). Group-Based Intervention Models in Treating Refugee Mental Health in High-Income Countries: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 4173–4187. <https://doi.org/10.1177/15248380241270039>
- Kronick, R. (2018). Mental health of refugees and asylum seekers: Assessment and intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 290–296. <https://doi.org/10.1177/0706743717746665>
- Krumpal, I. (2012). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity* 47(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (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>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Li, S., Liddell, B., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Loewy, M. I., Williams, D., & Keleta, A. (2002). Group counseling with traumatized East African refugee women in the United States. *The Journal for Specialists in Group Work*, 27(2), 173–191. <http://dx.doi.org/10.1080/742848689>
- Mathis, C. M., Steiner, J. J., Kappas Mazzio, A., Bagwell-Gray, M., Wachter, K., Johnson-Agbakwu, C., Messing, J., & Nizigiyimana, J. (2024). Sexual and reproductive

- healthcare needs of refugee women exposed to gender-based violence: The case for trauma-informed care in resettlement contexts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 1046. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081046>
- Matud, M. P., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Beltz.
- Menon, S., Katona, C., & Glover, N. (2024). The effectiveness and acceptability of culturally adapted cognitive behavioural therapy for traumatised refugees and asylum seekers: A systematic review. *Mental Health Science*, 2. <https://doi.org/10.1002/mhs2.85>
- Mid-Year Trends 2024. (2014). UNHCR. Abgerufen 20. Januar 2025, von <https://www.unhcr.org/mid-year-trends-report-2024>
- Mirdal, G. M., Ryding, E., & Essendrop Sondej, M. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 436–455. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x>
- Molendijk, M., Baart, C., Schaffeld, J., Akçakaya, Z., Rönna, C., Kooistra, M., de Kleine, R., Strater, C., & Mooshammer, L. (2024). Psychological interventions for PTSD, depression, and anxiety in child, adolescent and adult forced migrants: A systematic review and frequentist and Bayesian meta-analyses. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), e3042. <https://doi.org/10.1002/cpp.3042>
- Naeem, F. (2019). Cultural adaptations of CBT: A summary and discussion of the special issue on cultural adaptation of CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e40. <https://doi.org/10.1017/S1754470X19000278>
- Nutsch, N., & Bozorgmehr, K. (2020). Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(12), 1470–1482. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03238-0>

- Österreichischer Integrationsfonds. (2025, 8. März). *Integration von Frauen: 42 % der Asylanträge und 52 % der Asylgewährungen entfielen 2024 auf Frauen*. Abgerufen am 15. Juli 2025, von <https://www.integrationsfonds.at/newsbeitrag/integration-von-frauen-42-der-asylantraege-und-52-der-asylgewaehrung-entfielen-2024-auf-frauen-24547/>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet. Psychiatry*, 4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Orang, T. M., Missmahl, I., Gardisi, M., & Kluge, U. (2023). Rethinking mental health care provided to migrants and refugees; a randomized controlled trial on the effectiveness of Value Based Counseling, a culturally sensitive, strength-based psychological intervention. *PLOS ONE*, 18(3), e0283889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283889>
- Patel, P., Bernays, S., Dolan, H., Muscat, D. M., & Trevena, L. (2021). Communication experiences in primary healthcare with refugees and asylum seekers: A literature review and narrative synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041469>
- Paudyal, P., Tattan, M., & Cooper, M. J. F. (2021). Qualitative study on mental health and well-being of Syrian refugees and their coping mechanisms towards integration in the UK. *BMJ Open*, 11(8), e046065. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046065>
- Perplies, C., Biddle, L., Benson-Martin, J., Joggerst, B., & Bozorgmehr, K. (2022). Förderung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(4), 505–511. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>
- Peterson, C., Poudel-Tandukar, K., Sanger, K., & Jacelon, C. S. (2020). Improving mental health in refugee populations: A review of intervention studies conducted in the United States. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(4), 271–282. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1669748>
- Pogarell, A., Garthus-Niegel, S., Mojahed, A., von Verschuer, C., Rokyta, U., Kummer, W., & Schellong, J. (2019). Community case study on trauma-specific treatment and counseling for refugee women exposed to intimate partner violence. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 891. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00891>

- Poole, D. N., Hedt-Gauthier, B., Liao, S., Raymond, N. A., & Bärnighausen, T. (2018). Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health*, 18(1), 908. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5822-x>
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 294, 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Posselt, M., McDonald, K., Procter, N., de Crespigny, C., & Galletly, C. (2017). Improving the provision of services to young people from refugee backgrounds with comorbid mental health and substance use problems: Addressing the barriers. *BMC Public Health*, 17, 280. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4186-y>
- Posselt, M., Eaton, H., Ferguson, M., Keegan, D., & Procter, N. (2019). Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 808–823. <https://doi.org/10.1111/hsc.12680>
- Poudel-Tandukar, K., Chandler, G. E., Jacelon, C. S., Gautam, B., Bertone-Johnson, E. R., & Hollon, S. D. (2019). Resilience and anxiety or depression among resettled Bhutanese adults in the United States. *The International Journal of Social Psychiatry*, 65(6), 496–506. <https://doi.org/10.1177/0020764019862312>
- McCleary, J. S., & Horn, T. L. (2024). Processes for culturally adapting behavioral health interventions for people with refugee backgrounds: A scoping review. *American Journal of Community Psychology*, 73(1–2), 250–266. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12709>
- Rapid Gender Analysis of Ukraine*. (2022, März 31). UN Women-Headquarters. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2022/05/rapid-gender-analysis-of-ukraine>
- Rathod, S., Gega, L., Degnan, A., Pikard, J., Khan, T., Husain, N., Munshi, T., & Naeem, F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: A practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14. <https://doi.org/10.2147/NDT.S138430>
- Renner, A., Hoffmann, R., Nagl, M., Roehr, S., Jung, F., Grochtdreis, T., König, H.-H., Riedel-Heller, S., & Kersting, A. (2020). Syrian refugees in Germany: Perspectives on

- mental health and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Research*, 129, 109906. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109906>
- 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 (Amsterdam, Netherlands)*, 123(9), 851–863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
- Schlechter, P., Hellmann, J. H., Wingbermühle, P., & Morina, N. (2021). Which psychological characteristics influence therapists' readiness to work with refugees? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 334–344. <https://doi.org/10.1002/cpp.2508>
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179–187. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01766.x>
- Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: Contributions of pre-migration and post-migration experience. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 299–307. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.543412>
- Shannon, P. J. (2014). Refugees' advice to physicians: How to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 462–466. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu017>
- Shaw, S. A., Poulin, P., & Crump, K. (2022). Implementing psychosocial support groups in U.S. refugee resettlement. *Journal of Social Service Research*, 48(5), 593–605. <https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2096171>
- Shaw, S. A., Lee, C., Ahmadi, M., Karim Shor Muluk, H., Mohamed Jibril, Z., Ahmadi, L., Randall, L., Yang, C., & Gilbert, L. (2023). A randomized controlled trial testing the feasibility, acceptability, and preliminary effects of a mental health screening, brief intervention, and referral to treatment among refugees in Malaysia. *The International Journal of Social Psychiatry*, 69(8), 1898–1908. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040060>
- Sherwood, K., & Liebling, H. (2012). A grounded theory investigation into the experiences of African women refugees: Effects on resilience and identity and implications for

- service provision. *Journal of International Women's Studies*, 13, 72–94. https://vc.bridgew.edu/jiws/vol13/iss1/6?utm_source=vc.bridgew.edu%2Fjiws%2Fvol13%2Fiss1%2F6&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Sidebotham, E., Moffatt, J., & Jones, K. (2016). Sexual violence in conflict: A global epidemic. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 18, 247–250. <https://doi.org/10.1111/tog.12314>
- Siriwardhana, C., Ali, S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and health*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13>
- 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>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <http://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Stempel, C., Sami, N., Koga, P. M., Alemi, Q., Smith, V., & Shirazi, A. (2017). Gendered sources of distress and resilience among Afghan refugees in Northern California: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 25. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010025>
- Schubert, F. C., Rohr, D., & Zwicker-Pelzer, R. (2019). Wo und wie erfolgt Beratung? In C. Schiersmann, P. Weber, & S. Petersen (Hrsg.), *Beratung: Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder* (S. 199–234). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20844-8>
- Sullivan, C., Vaughan, C., & Wright, J. (2020). Migrant and refugee women's mental health in Australia: a literature review. *School of Population and Global Health, University of Melbourne*. https://www.mcwh.com.au/wp-content/uploads/Lit-review_mental-health.pdf

- Tahir, R., Due, C., Ward, P., & Ziersch, A. (2022). Understanding mental health from the perception of Middle Eastern refugee women: A critical systematic review. *SSM - Mental Health*, 2, 100130. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100130>
- Tappis, H., Freeman, J., Glass, N., & Doocy, S. (2016). Effectiveness of interventions, programs and strategies for gender-based violence prevention in refugee populations: An integrative review. *PLoS Currents*, 8. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.3a465b66f9327676d61eb8120eaa5499>
- Tekin, A., Karadağ, H., Süleymanoğlu, M., Tekin, M., Kayran, Y., Alpak, G., & Şar, V. (2016). Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28556>
- Terheggen, M. A., Stroebe, M. S., & Kleber, R. J. (2001). Western conceptualizations and Eastern experience: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 391–403. <https://doi.org/10.1023/a:1011177204593>
- Theron, L. C., & Theron, A. M. C. (2014). Meaning-making and resilience: Case studies of a multifaceted process. *Journal of Psychology in Africa*, 24(1), 24–32. <https://doi.org/10.1080/14330237.2014.904099>
- Vallejo-Martín, M., Sánchez Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee women with a history of trauma: Gender vulnerability in relation to post-traumatic stress disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094806>
- van der Boor, C. F., Amos, R., Nevitt, S., Dowrick, C., & White, R. G. (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Conflict and Health*, 14, 48. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00292-y>
- von Haumeder, A., Ghafoori, B., & Retailleau, J. (2019). Psychological adaptation and posttraumatic stress disorder among Syrian refugees in Germany: A mixed-methods study investigating environmental factors. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1686801. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1686801>

- Vonnahme, L. A., Lankau, E. W., Ao, T., Shetty, S., & Cardozo, B. L. (2015). Factors associated with symptoms of depression among Bhutanese refugees in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1705–1714. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0120-x>
- Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L., Glass, N., Beyrer, C., & Singh, S. (2014). The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Currents*, 6. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7>
- Walther, L., Kröger, H., Tibubos, A. N., Ta, T., von Scheve, C., Schupp, J., Hahn, E., & Bajbouj, M. (2020). Psychological distress among refugees in Germany: A cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors and potential consequences for integration using a nationally representative survey. *BMJ Open*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033658>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group. <http://doi.org/10.4324/9780203582015>
- 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>
- Wöller, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 349-355. <https://doi.org/10.1055/s-0042-114992>
- World Health Organization. (2017). *Problem management plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>
- Wrede, O., Löve, J., Jonasson, J. M., San Sebastian, M., Hammarström, A., & Lindqvist, K. (2021). Promoting mental health in migrants: A GHQ-12 evaluation of a community health program in Sweden. *BMC Public Health*, 21, 262. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10284-z>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	22
Tabelle 2	26
Tabelle 4	34
Tabelle 5	37
Tabelle 6	38
Tabelle A1	85
Tabelle A2	87

Abkürzungsverzeichnis

EUAA	European Union Agency for Asylum	5
DGIPU	Directorate-General for Internal Policies of the Union	6
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung	6
ÖIF	Österreichischer Integrationsfonds	5
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	5
UN WOMEN	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women	9
WHO	World Health Organization	54

Appendix

Anhang A

Abstract

Die vorliegende qualitative Untersuchung analysiert die Berücksichtigung genderspezifischer und kultursensibler Faktoren in der psychologischen Beratung geflüchteter Frauen in Österreich. Grundlage bildeten leitfadengestützte Interviews mit 19 Teilnehmerinnen, ergänzt durch Kurzfragebögen mit vier Beraterinnen. Die Auswertung orientierte sich an den Analysefaktoren: genderspezifische Belastungen, postmigrantische Stressoren, kultursensible Aspekte, Ressourcen und Resilienzförderung sowie traumasensible Ansätze. Die Ergebnisse zeigen, dass die Beratung überwiegend als hilfreich erlebt wurde, besonders im Hinblick auf der Reduktion psychischer Belastungen und der Förderung von Bewältigungsstrategien. Hervorgehoben wurden sprachliche Verständigung, kulturelle Passung, das Vertrauensverhältnis zur Beraterin sowie Übungen zur Stressreduktion. Gleichzeitig wurden strukturelle Barrieren aufgezeigt, die den Zugang erschweren und Optimierungsansätze für das Beratungsangebot abgeleitet. Die Befunde verdeutlichen die Relevanz genderspezifischer und kultursensibler Ansätze und weisen auf die Notwendigkeit hin diese systematisch und leitfadengestützt in der Beratungspraxis zu integrieren.

Schlagwörter: Geflüchtete Frauen; psychologische Beratung; Gendersensibilität; Kultursensibilität; traumasensible Ansätze; strukturelle Barrieren; Gruppenangebot

Abstract

This qualitative study examines the consideration of gender-specific and culturally sensitive factors in psychological counseling for refugee women in Austria. The study was based on guideline-based interviews with 19 participants, complemented by short questionnaires with four counselors. The analysis focused on the factors of gender-specific burdens, post-migration stressors, cultural aspects, resources and resilience, and trauma-informed approaches. The results show that counseling was largely experienced as helpful, particularly for the reduction of psychological distress and strengthening of coping strategies. Language, cultural congruence, trust in the counselor, and stress reduction exercises were highlighted as especially relevant. At the same time, structural barriers were identified, which point to areas for improvement in counseling services. The findings underscore the importance of gender-

specific and culturally sensitive approaches and stress the need to systematically integrate these into counseling practice.

Keywords: refugee women; psychological counseling; gender sensitivity; cultural sensitivity; trauma-informed approaches; structural barriers; group counseling

Anhang B

Flyer zur Rekrutierung

Einladung zur Teilnahme an einer Studie der Universität Wien
Beratungskonzepte für geflüchtete Frauen in Österreich: Eine Analyse genderspezifischer und kultursensibler Faktoren



Wie kann Beratung hilfreich sein?
Welche Erfahrungen haben Sie mit der Beratung gemacht?

WORUM GEHT ES?
Ich bin eine Studentin der Universität Wien. Ich möchte untersuchen und verstehen, wie Beratung helfen kann. Dafür möchte ich mit Frauen mit Fluchtgeschichte sprechen, die an einer Beratung teilgenommen haben.

WER?

- Frauen ab 18 Jahren mit Fluchtgeschichte
- mit Beratungserfahrungen

→ Ihre Erfahrungen zählen!

WAS?

- ein persönliches Gespräch über die Erfahrungen in der Beratung
 - Was war hilfreich? Was war schwierig?
- Dauer: 30 - 45 Minuten
- anonym!

SPRACHE?

- Deutsch
- B/K/S
- Erstprache mit Unterstützung einer Sprachmittlerin

WOFÜR?

Zu verstehen:

- Was ist gut und wichtig in der Beratung für Frauen?
- Was kann verbessert werden?

Einladung zur Teilnahme an einer Studie der Universität Wien
Masterarbeit - Tara Jovanovic - a12235314@unet.univie.ac.at

Einladung zur Teilnahme an einer Studie der Universität Wien
Beratungskonzepte für geflüchtete Frauen in Österreich: Eine Analyse genderspezifischer und kultursensibler Faktoren



Kako savjetovanje može biti od pomoći?
Kakva ste iskustva imali sa konzultacijom?

O ČEMU SE RADI?
Ja sam studentkinja univerziteta u Beču. Želim istražiti i razumjeti kako savjetovanje može pomoći. Zbog toga želim razgovarati sa ženama sa izbjegličkim iskustvom koje su učestvovale u savjetovanju.

KO?

- Žene sa iskustvom izbjeglištva od 18 godina i starije.
- Sa iskustvom u savjetovanju.

→ Vaše iskustvo je važno!

ŠTA?

- Lični razgovor o iskustvima u savjetovanju.
 - Šta je bilo korisno? Šta je bilo teško?
- Trajanje: 30 - 45 minuta
- Anonimno!

JEZIK?

- njemački
- bosanski/hrvatski/srpski

ZAŠTO?

Da bismo razumjeli:

- Šta je dobro i važno u savjetovanju za žene?
- Šta se može poboljšati?

Einladung zur Teilnahme an einer Studie der Universität Wien
Masterarbeit - Tara Jovanovic - a12235314@unet.univie.ac.at

Anhang C

Interviewleitfaden

Allgemeine Fragen

Alter, Herkunft, Dauer der Beratung und Zugänglichkeit

Wie sind Sie auf die Beratung aufmerksam geworden?

Umgang mit Barrieren und Stressoren

1. Hatten Sie Schwierigkeiten, zur Beratung zu kommen?

In der Terminvergabe? Oder zum Beispiel mit Transport, Sprache oder Kinderbetreuung?

2. Konnte die Beratung bei diesen Themen unterstützen?
3. Konnten Sie über Schwierigkeiten und Probleme im Alltag sprechen? Wie wurde darauf reagiert?/ Konnte geholfen werden?

Genderspezifische Faktoren

1. Wurden in der Beratung Themen angesprochen, die Sie als Frau betreffen?

Zum Beispiel Ehepartner, Familie, Arbeit oder Kinder?

Wurde über die Aufgaben für Sie als Frau/Ehefrau/Mutter gesprochen?

2. Haben Sie auch über Probleme in diesen Bereichen gesprochen?
War das hilfreich/gut?
3. War es Ihnen wichtig, mit einer Frau als Beraterin zu sprechen? Wenn ja, warum?
4. Haben Sie sich von der Beraterin unterstützt gefühlt/konnte sie helfen?

Kultursensible Faktoren

1. Haben Sie mit einer Beraterin aus Ihrer Kultur (oder mit Unterstützung einer Sprachmittler:in) an der Beratung teilnehmen können? War das wichtig?
2. Was waren Ihre Gedanken zur Beratung als Sie das erste Mal daran teilgenommen haben? Hatten Sie Sorgen oder Zweifel?
3. Haben Sie über seelische Probleme gesprochen und deren Folgen (Traurigkeit, Schlaflosigkeit, Ängste)?
Haben Sie darüber gesprochen wie die Beratung hilfreich sein kann?
Wurde erklärt, wie diese Beschwerden (z.B.: Schlaflosigkeit) entstehen?
4. Gibt es Aufgaben, die sie machen müssen, die für Sie schwer sind (Familie, Arbeit, System in Österreich)?

Ressourcen und Resilienzförderung

1. Wurden in der Beratung Dinge besprochen, die Ihnen im Alltag helfen?

Zum Beispiel: Familie, Freundschaften, Religion oder Ihre Stärken?

2. Haben Sie durch die Beratung neue Unterstützung bekommen?

Zum Beispiel: Kontakt zu Gruppen oder anderen Frauen?

Wahrnehmung der Beratung

1. Was war an der Beratung für Sie hilfreich/gut/wichtig?
2. Gab es etwas, das für Sie nicht gut war?
3. Haben Sie sich sicher gefühlt auch über schwierige oder traurige Dinge zu sprechen?
4. Konnte die Beratung helfen? Lösungen finden/sich besser fühlen/weniger Sorgen oder Ängste?
5. Was wünschen Sie sich für zukünftige Beratungen?

Anhang D

Studienaufklärung

Informationsblatt zur Studienteilnahme

Mein Name ist Tara Jovanovic. Ich studiere Psychologie und mache eine wissenschaftliche Studie für meine Masterarbeit an der Universität Wien. Meine Betreuerin ist Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger- Schuster. Ich möchte herausfinden, wie die Beratung für geflüchtete Frauen funktioniert. Besonders interessiert mich, ob in der Beratung über Themen gesprochen wird, die für Frauen wichtig sind - zum Beispiel Familie, Kultur oder das Leben in Österreich. Weil Sie eine Beratung besucht haben, möchte ich Sie zu Ihren Erfahrungen befragen. Ihre Teilnahme hilft mit, besser zu verstehen, wie die Beratung für geflüchtete Frauen funktioniert und welche Punkte für die betroffenen Frauen wichtig sind. Ich möchte herausfinden, was gut läuft und was schwierig ist. Die Ergebnisse können helfen, Beratungen zu verbessern und Frauen mit Fluchterfahrung besser zu unterstützen. Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen nach Abschluss der Studie eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse schicken. Die Studie besteht aus einem Gespräch (Interview oder Gruppe) und dauert etwa 20 bis 45 Minuten. Wir sprechen über Ihre Erfahrungen in der Beratung. Wichtig ist, was Ihnen geholfen hat und was schwierig war. Außerdem geht es darum, ob über Themen gesprochen wurde, die für Sie wichtig sind. Das Gespräch wird aufgenommen, damit ich es später für die Forschung auswerten kann. Ihr Name wird nicht genannt, Sie bleiben anonym.

Ihre Rechte: Die Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit aufhören, ohne einen Grund zu nennen. Es gibt keine Nachteile für Sie.

Datenschutz: Alle Informationen bleiben vertraulich. Ihr Name wird nicht erwähnt. Ich benutze die Daten nur für die Forschung. Wenn Sie später möchten, dass Ihre Daten gelöscht werden, können Sie mir innerhalb eines Monats Bescheid geben. Meine Kontaktdaten stehen unten.

Einverständniserklärung: Durch das Ankreuzen des unten stehenden Kästchens bestätigen Sie, dass Sie das vorliegende Informationsblatt gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie, sowie mit der anonymisierten Analyse Ihrer Daten durch befugte Personen einverstanden.

- ☐ Ich habe die Informationen gelesen und möchte an dieser Studie teilnehmen.
- ☐ Ich bin mit der Audioaufnahme des Interviews einverstanden.

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Diese Studie wird im Rahmen einer Masterarbeit (Betreuung: Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster) der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt.

Anhang E

Kurzfragebogen für die Beraterinnen

Fragebogen zur Beratung

Dieser Fragebogen dient der Erhebung theoretischer Grundlagen und praktischer Umsetzungsstrategien der Beraterinnen in der Beratung geflüchteter Frauen. Die Angaben werden anonymisiert verarbeitet und fließen in eine psychologische Masterarbeit ein.

Allgemeine Fragen

Gibt es in Ihrer Institution ein schriftlich ausgearbeitetes Beratungskonzept?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise/ in Entwicklung

Wie häufig kommen Ihre Klientinnen im Durchschnitt?

- ☐ 1 Mal/ Woche
☐ 2 - 3 Mal/ Monat
☐ 1 Mal/ Monat

Genderspezifische Faktoren

Inwiefern berücksichtigen Sie genderspezifische Aspekte in Ihrer Beratungspraxis?

(1 = gar nicht, 5 = sehr stark)

[1] [2] [3] [4] [5]

Welche genderspezifischen Themen werden typischerweise in der Beratung angesprochen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Gewalterfahrungen (auf der Flucht, in Partnerschaft/Familie)
☐ Gendervorstellungen & -erwartungen (bzgl. Familie, Identität, Aufgaben)
☐ Autonomie und Schutzräume
☐ Genderspezifische Ressourcen (soziales Netzwerk, Familie, Emotionszugang)
☐ Wunsch nach weiblicher Beratungsperson
☐ Andere: _____

Kultursensible Faktoren

Inwiefern berücksichtigen Sie kultursensible Aspekte in Ihrer Beratungspraxis?

(1 = gar nicht, 5 = sehr stark)

[1] [2] [3] [4] [5]

Welche Elemente kultursensibler Beratung sind relevant in Ihrer Beratungspraxis?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Kulturell bedingte Aspekte und Hindernisse im Zugang zur Beratung
 1. Stigmatisierung & Scham, Wahrnehmung & Bewertung psychischer Symptome
 2. Rolle von Religion & Spiritualität
 3. Familiäre Verantwortungen & Dynamiken
- ☐ Kulturell bedingte Aspekte im Beratungsprozess
 1. Ausdruck von Symptomen (verbal/ nonverbal/ somatisch/ kulturspezifisch)
 2. Nutzung angepasster Psychoedukation
 3. Erwartungen an Beratungsprozess & Beratungsperson
- ☐ Reflexion eigener kultureller Vorannahmen
- ☐ Berater*innen mit kulturellem und sprachlichem Bezug zur Zielgruppe
- ☐ Arbeit mit Sprachmittler*innen
- ☐ Andere: _____

Umgang mit Stressoren und Barrieren

Inwiefern werden migrations- oder alltagsbedingte Stressoren in der Beratung thematisiert?

(1 = gar nicht, 5 = sehr stark)

[1] [2] [3] [4] [5]

Welche Stressoren und Barrieren werden in Ihrer Beratung häufig thematisiert?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Sprachliche Hürden
- ☐ Bürokratische oder strukturelle Barrieren (Arbeit, Gesundheit, Finanzen)
- ☐ Zugang zu Transport / Kinderbetreuung
- ☐ Zugang und Wissen zu Informationen & Angeboten
- ☐ Diskriminierungserfahrungen (Rassismus, Sexismus)
- ☐ Andere: _____

Ressourcen und Resilienzförderung

Inwiefern versuchen Sie, Ressourcen in und durch die Beratung zu entwickeln und zu stärken?

(1 = gar nicht, 5 = sehr stark)

[1] [2] [3] [4] [5]

Welche Ressourcen sind für Ihre Klientinnen relevant?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Religion / Spiritualität
- ☐ Familie und Kinder
- ☐ Soziale Netzwerke / Community
- ☐ Persönliche Stärken / Selbstwirksamkeit
- ☐ Übungen und Interventionen aus der Beratung
- ☐ Andere: _____

Traumainformierte Konzepte

Basiert Ihre Beratung auf traumasensiblen oder traumainformierten Prinzipien?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise Bitte ggf. erläutern: _____

Welche Empfehlungen/ Wünsche/ Anmerkungen haben Sie für die Weiterentwicklung der Beratung?

Anhang F

Tabelle A1

Auswertung Kurfragebögen Beraterinnen

Themenbereich	Item	Kategorie	Häufigkeit <i>n</i> (%)
Allgemeine Angaben	Schriftliches Beratungskonzept	In Entwicklung	2 (50 %)
		Kein Konzept	2 (50 %)
	Beratungshäufigkeit	1 Mal/Woche	1 (25 %)
		2- 3 Mal/Monat	1 (25 %)
		2 Mal/Monat	1 (25 %)
		1 Mal/Monat	1 (25 %)
Genderspezifische Faktoren	Berücksichtigung in der Beratung	$M = 4,25$; $SD = 0,50$ Verteilung: 4 ($n = 3$; 75 %), 5 ($n = 1$; 25 %)	
		Gewalterfahrungen	4 (100 %)
		Gendervorstellungen/- erwartungen	4 (100 %)
		Autonomie/ Schutzräume	2 (50 %)
		Genderspezifische Ressourcen	4 (100 %)
		Wunsch nach weiblicher Beratungsperson	3 (75 %)
Kultursensible Faktoren	Berücksichtigung kultursensibler Aspekte	$M = 5$; $SD = 0$ Verteilung: 5 ($n = 4$; 100 %)	
		Hindernisse im Zugang zur Beratung	4 (100 %)
		Aspekte im Beratungsprozess	4 (100 %)
		Reflexion eigener kultureller Vorannahmen	3 (75 %)
		kultureller/sprachlicher Bezug zur Zielgruppe	3 (75 %)
		Arbeit mit Sprachmittler*innen	1 (25 %)
Umgang mit Stressoren und Barrieren	Thematisierung migrations- oder alltagsbedingte Stressoren	$M = 4,75$; $SD = 0,50$ Verteilung: 5 ($n = 3$; 75 %), 4 ($n = 1$; 25 %)	
		Sprachliche Hürden	4 (100 %)
		Bürokratische/strukturelle Barrieren	4 (100 %)

		Zugang zu Transport/ Kinderbetreuung	2 (50 %)
		Zugang/Wissen zu Informationen & Angeboten	4 (100 %)
		Diskriminierungserfahrungen	3 (75 %)
Ressourcen und Resilienzförderung	Aktive Ressourcenstärkung und Resilienzförderung	$M = 5$; $SD = 0$ Verteilung: 5 ($n = 4$; 100 %)	
		Religion/Spiritualität	3 (75 %)
		Familie und Kinder	4 (100 %)
		Soziale Netzwerke/ Community	4 (100 %)
		Persönliche Stärken/ Selbstwirksamkeit	2 (50 %)
		Übungen und Interventionen aus der Beratung	3 (75 %)
Traumainformierte Konzepte	Beratung basiert auf traumainformierten Konzepten	Zustimmung (<i>ja</i>)	4 (100 %)
Wünsche/Anmerkungen		Mehr Beraterinnen	1 (25 %)
		Gruppenangebote	1 (25 %)

Anhang G

Tabelle A2

Kodierleitfaden und Kategoriensystem

Hauptkategorie	Subkategorie 1	Subkategorie 2	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K1. Umgang mit Barrieren & Stressoren			Erfahrungen, Herausforderungen und Belastungen im postmigrantischen Alltag, die durch strukturelle Bedingungen oder die Lebenssituation entstehen und in der Beratung thematisiert werden.		Aussagen kodieren, die strukturelle, postmigrantische Hürden betreffen und Aussagen, die die Zugänglichkeit und Rolle der Beratung dahingehend betreffen.
	K1.1 Strukturelle Barrieren		Herausforderungen, die an das System in Österreich geknüpft sind und sich aus der postmigrantischen Situation ergeben.		Aussagen kodieren, die systembedingte, gesellschaftlich-strukturelle oder rechtliche Herausforderungen beschreiben, welche sich durch die postmigrantische Lebenssituation in Österreich ergeben.
		K1.1.1 Aufenthaltsstatus	Herausforderungen und Hindernisse den Aufenthaltsstatus betreffend.	„Ich habe nur einen subsidären Schutz (...) dieser muss in 2 Monaten erneuert werden (...), ich wünsche mir sehr, dass das passiert“ (Interview 3, Pos. 20)	Aussagen kodieren, die explizit Schwierigkeiten mit dem Aufenthaltsrecht, unsicherem Status oder asylrechtlichen Verfahren benennen.

K1.1.2 Sprache	Herausforderungen und Hindernisse die deutsche Sprache betreffend.	„Für mich ist die größte Blockade das Nichtwissen der Sprache. Das hält mich richtig zurück. Aber egal, wohin ich gehe, jemand muss mit mir mit gehen, um zu übersetzen. Aber diese Blockade (...) mir sind wirklich die Hände gebunden. Ganz einfach. Es ist die Sprache. Ich denke, alles wäre anders, wenn ich die Sprache kennen würde.“ (Interview 9, Pos. 61)	Aussagen kodieren, die sprachliche Hürden im Alltag, beim Zugang zu Angeboten oder bei der Verständigung thematisieren.
K1.1.3 Wohnsituation	Herausforderungen die Wohnsituation betreffend.	„Eine der Schwierigkeiten, die ich erlebe ist, weil sehr viele verschiedene Familien in einem Haus leben. Manche gehen, manche kommen neu dazu und jede Familie hat ihre eigene Probleme oder ihre eigene Eigenschaften. Und manche passen zusammen, manche passen nicht zusammen (...)“ (Interview 2, Pos. 19)	Aussagen kodieren, die prekäre oder belastende Wohnverhältnisse, häufige Umzüge oder gemeinschaftliches Wohnen thematisieren.

K1.1.4 Erwerbstätigkeit	Herausforderungen und Hindernisse die Erwerbstätigkeit oder Jobsuche betreffend.	„Natürlich habe ich auch einen Beitrag geleistet: ich habe geputzt, die Arbeit gemacht, die sonst niemand machen will. Aber das ist ein enormer psychischer Druck. Vor allem für Menschen, die mit einer Ausbildung oder zumindest mit einem Schulabschluss hierherkommen (...).“ (Interview 10, Pos. 41)	Aussagen kodieren, die Arbeitslosigkeit, Diskriminierung am Arbeitsmarkt oder Herausforderungen in der Jobsuche thematisieren.
K1.1.5 Bildung	Herausforderungen und Hindernisse die Bildung, Weiterbildung oder Anerkennung vom Bildung aus dem Herkunftsland betreffend.	„Wenn ich dieselbe finanzielle Unterstützung bekommen hätte wie die Menschen von hier, hätte ich mich auch weiterentwickeln können und wäre vielleicht auf eine Weise nützlich für diese Gesellschaft gewesen.“ (Interview 10, Pos. 41)	Aussagen kodieren, die Schwierigkeiten beim Zugang zu Bildung oder der Anerkennung von Abschlüssen beschreiben.
K1.1.6 System in Österreich	Herausforderungen und Hindernisse die das System, die Bürokratie sowie die behördlichen Abläufe in Österreich betreffend.	„So war es auch bei mir, vor allem, wenn man keine Staatsbürgerin ist oder nicht Teil dieser österreichischen Gesellschaft. Ich kenne mich mit den Abläufen hier nicht aus. Und deshalb sage ich: Das hier ist wirklich, wirklich hilfreich.“ (Interview 10, Pos. 64)	Aussagen kodieren, die mangelnde Orientierung, Hindernisse im System oder Unwissenheit über behördliche Abläufe thematisieren.

K1.2 Aspekte der Beratung		Aspekte der Beratung, die mit strukturellen Hindernissen interagieren oder diese abmildern können.		Aussagen kodieren, die sich auf die Rolle der Beratung hinsichtlich struktureller Hindernissen und Hilfestellung diesbezüglich beziehen.
	K1.2.1 Weitervermittlung/ Informationsvermittlung	Aussagen zur Rolle der Beratung im Umgang mit Informationsvermittlung, Weitervermittlung, Aufklärung über das System und Unterstützung sich in diesem zurecht zu finden.	„Einerseits hat mir die Beraterin Informationen zu psychischen Belastungen gegeben, andererseits hat sich mich aber auch weitervermittelt zu einem Psychiater.“ (Interview 6, Pos. 31) „Dank dieser Beratungen habe ich einen Deutschkurs gefunden.“ (Interview 1, Pos. 56)	Aussagen kodieren, die beschreiben, dass die Beratung hilfreich war durch Informationsvermittlung oder Weitervermittlung und somit Unterstützung im Umgang mit strukturellen Hürden erfahren wurde.
	K1.2.2 Finanzierbarkeit	Aussagen und Bewertungen der Kosten der Beratung und zur finanziellen Zugänglichkeit dieser.	„Die Beratung ist nicht teuer im Vergleich zu allem anderen“ (Interview 17, Pos. 36) „Und dass es auch möglich ist die Beratung zu finanzieren, das ist auch sehr wichtig (...) im Vergleich zu den Preisen, wenn man privat zu jemandem geht.“ (Interview 13, Pos. 117)	Aussagen kodieren, die sich auf Kosten oder finanzielle Leistbarkeit der Beratung beziehen.

	K1.2.3 Transport/ Barrierefreiheit	Aussagen zur Bewertung der Zugänglichkeit des Standortes der Beratung hinsichtlich An- und Abreise.	„Es dauert 20 Minuten zu Fuß (...) für mich ist der Weg anstrengend (...) es fährt kein Bus.“ (Interview 3, Pos. 16)	Aussagen kodieren, die den physischen Zugang zur Beratungsstelle thematisieren.
K1.3 Ursache für Beratung		Gründe, die als ausschlaggebend für das Aufsuchen der Beratung genannt wurden.		Aussagen kodieren, die Gründe beschreiben, die zum Aufsuchen der Beratung geführt haben.
	K1.3.1 Somatische Erkrankung	Aussagen zu chronischen und schwerwiegende somatische Erkrankungen.	„Ich habe mich vor zweieinhalb Jahren scheiden lassen und zur gleichen Zeit auch eine Chemotherapie gemacht, weil ich Krebs hatte, so dass da viel zusammen gekommen ist zu der Zeit. In der Beratung habe ich über all diese Sachen sprechen können (...)“ (Interview 7, Pos. 18)	Aussagen kodieren die, körperliche Erkrankungen oder chronische Beschwerden als Auslöser für die Beratung thematisieren.
	K1.3.2 Psychische Beschwerden	Aussagen zu psychischen Beschwerden, Symptomen oder Diagnosen.	„Nach einiger Zeit ist es so schlimm in meinem Leben geworden und mein Kopf war so voll, dass ich sehr viel über Suizid nachgedacht habe“ (Interview 4, Pos. 75)	Aussagen kodieren, die psychische Erkrankungen oder Beschwerden als Auslöser für die Beratung thematisieren.

K2. Genderspezifische Faktoren		Aspekte und Herausforderungen, die mit dem Gender der Klientinnen in Zusammenhang stehen und in der Beratung thematisiert werden.	Aussagen kodieren, die sich auf Beratungsthemen mit einem expliziten Bezug zu geschlechtsspezifischen Erfahrungen oder Erwartungen beziehen.	
K2.1 Präferenz Gender Berater:in		Antworten darauf, ob das Gender der Berater:in relevant ist.	Aussagen kodieren, die sich auf die Relevanz des Genders des/der Berater:in beziehen.	
	K2.1.1 Keine Präferenz (11)	Aussagen, die keine Präferenz des Genders äußern oder diesem keine Relevanz beimessen.	„Es war wichtig, dass der Gedanke einfach ankommt. Es ist nicht wichtig, ob das von einer Frau oder einem Mann kommt. Und der Dolmetscher war auch ein Mann. Und die Psychologin eine Frau. Und beide waren sehr nett (...)“ (Interview 2, Pos. 36)	Aussagen kodieren, die explizit beschreiben, dass das Gender der Beraterperson irrelevant ist.
	K2.1.2 Präferenz weiblich (8)	Aussagen, die eine klare Präferenz des weiblichen Genders bei der Berater:in äußern.	„Es ist einfacher mit einer Frau zu sprechen, gerade bei solchen Themen (...). Man wird besser verstanden.“ (Interview 7, Pos. 29)	Aussagen kodieren, die explizit beschreiben, dass das Gender der Beraterperson relevant ist und eine weibliche Person bevorzugt wird.

K2.2 Genderrollen und Gendererwartung	Aspekte, die mit der gesellschaftlichen/familiären/partnerschaftlichen Erwartung und Aufgabenverteilung an das Gender gebunden sind und als problematisch oder hilfreich beschrieben werden.	„Viele Menschen, vor allem Frauen, die hierherkommen haben ihr ganzes Leben in einem bestimmten Rhythmus verbracht: von Punkt A nach Punkt B. Haus, Arbeit, Kinder, Ehemann – alles im Inneren der Familie. Und wenn dann ein größeres Problem auftritt, wissen sie nicht, an wen sie sich wenden sollen oder wohin sie gehen können.“ (Interview 10, Pos. 64)	Aussagen kodieren, die geschlechtsspezifische Erwartungen, Verantwortungen und Aufgabenverteilungen thematisieren und in der Beratung besprochen wurden.
K2.2.1 Partnerschaft	Aussagen, die sich auf partnerschaftliche Themen, die in der Beratung thematisiert wurden, beziehen.	„Ich bin hierher gekommen, weil ich depressiv war, wegen Scheidung und. Ja, ja, es war schwierig für mich und sie hat mir schon sehr geholfen.“ (Interview 11, Pos. 35)	Aussagen kodieren, die sich auf partnerschaftliche Thematiken oder geschlechtsspezifische Dynamiken in Beziehungen beziehen.
K2.2.2 Familie	Aussagen, die sich auf familiäre Themen, die in der Beratung thematisiert wurden, beziehen.	„Mit meiner Familie ist es ein großes Problem. Meine ganze Familie ist auch hier und ich bin die Hauptperson, die sich um alle kümmern muss.“ (Interview 4, Pos. 54-55)	Aussagen kodieren, die sich auf familiäre Thematiken, daran gebundene Aufgaben oder Erwartungen beziehen.

K2.3 Rolle der Beratung	Aussagen, die erläutern, welchen Einfluss die Beratung auf genderbezogene Aspekte ausgeübt hat.	„Und nach einiger Zeit habe ich mehr Distanz zu meiner Familie aufgebaut und ich hab begonnen mich besser zu fühlen, da ich mehr Zeit für mich habe und nicht so viele Dinge um die ich mich kümmern oder sorgen muss.“ (Interview 4, Pos. 65)	Aussagen kodieren, die beschreiben, wie die Beratung zur Reflexion, Veränderung oder Stärkung in Bezug auf genderbezogene Themen beigetragen hat.
K3. Kultursensible Faktoren	Aspekte, die sich auf kulturelle Passung, kulturell geprägte Zugangsbarrieren oder kulturelle Themen in der Beratung beziehen.		Aussagen kodieren, die auf kulturelle Herkunft, kulturelle Normen, Missverständnisse oder Zugangsbarrieren im Beratungskontext Bezug nehmen.
K3.1 kulturelle Passung Berater:in	Aussagen dazu, als wie relevant ein gemeinsamer oder ähnlicher kultureller Hintergrund des/der Berater:in angesehen wird und Aussagen zu Erfahrungen mit Berater:innen mit gleicher/anderer kultureller Herkunft.		Aussagen kodieren, die sich auf die wahrgenommene Relevanz oder Irrelevanz eines gemeinsamen oder ähnlichen kulturellen Hintergrunds zwischen Berater:in und Klientin beziehen und Erfahrungen diesbezüglich.
K3.1.1 irrelevant (9)	Aussagen, die keine Präferenz bezüglich des kulturellen Hintergrunds äußern oder diesem keine Relevanz beimessen.	„Wenn sie es gleich gut macht und sich auskennt, ist es egal woher die Person kommt.“ (Interview 2, Pos. 44)	Aussagen kodieren, die einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund als irrelevant benennen.

	K3.1.2 relevant (10)	Aussagen, die eine eindeutige Präferenz für einen gleichen/ähnlichen kulturellen Hintergrund äußern oder diesem Relevanz beimessen.	„Es ist äußerst wichtig. Warum? Weil eine Person, die aus demselben, wie soll ich sagen Herkunftsgebiet kommt, die aus der gleichen Heimat kommt, kann einen viel besser verstehen kann als jemand, der diesen Hintergrund nicht teilt.“ (Interview 10, Pos. 37)	Aussagen kodieren, die einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund als relevant und hilfreich benennen.
K3.2 Sprache		Aussagen zur Relevanz von der eigenen Erstsprache im Kontext der Beratung.	„(...) vor allem war es für mich erstmal wichtig, dass die Beratung auf meiner Sprache möglich ist, dass ich richtig ausdrücken kann, wie ich mich fühle und was ich denke.“ (Interview 7, Pos. 37)	Aussagen kodieren, die die Bedeutung der Erstsprache oder muttersprachlichen Kommunikation in der Beratung betonen.
K3.3 Psychoedukation		Aussagen oder Beschreibungen zur Psychoedukation in der Beratung und die Bewertung dieser.	„Es war wichtig, dass sie einfach das grafisch dargestellt haben, zum Beispiel mit dem Topf, indem es kocht und dann die Probleme, die da raus kommen. Dass das grafisch war, und somit auch leichter im Kopf bleibt und dass ich mich daran erinnern kann.“ (Interview 2, Pos. 63)	Aussagen kodieren, die sich auf psychoedukative Inhalte in der Beratung beziehen.

K3.4 kulturell geprägte Zugangsbarrieren		Aussagen oder Bewertungen, die kulturell geprägte Hindernisse im Aufsuchen von psychologischen Angeboten, beinhalten.		Aussagen kodieren, die kulturell bedingte Hindernisse beim Aufsuchen psychologischer Hilfe beschreiben.
	K3.4.1 Scham/Stigmatisierung	Aussagen zur Einschätzung, Bewertung oder Erfahrung von eigenen sowie fremden Vorurteilen/Ängsten/Glaubenssätzen bezüglich psychischer Beschwerden oder psychologischer Angebote.	Bei uns, den Menschen vom Balkan, geht es meistens um Scham. Scham, überhaupt zu einem Psychiater zu gehen, da heißt es gleich: Du bist verrückt. Punkt.” (Interview 10, Pos. 24)	Aussagen kodieren, die kulturell bedingte Scham oder gesellschaftliche Tabus sowie negative Glaubenssätze gegenüber psychischer Gesundheit thematisieren.
	K3.4.2 Fehlendes Wissen	Aussagen zu fehlender Aufklärung über psychische Beschwerden oder psychologische, sowie psychotherapeutische Berufsgruppen und deren Funktionen.	„Ich wusste früher nicht einmal, was der Unterschied zwischen einem Psychiater, einem Psychotherapeuten und einem Psychologen ist. Dass es da überhaupt Unterschiede gibt.” (Interview 10, Pos. 24)	Aussagen kodieren, die mangelndes Wissen über psychologische Inhalte thematisieren.
	K3.4.3 Vorbehalte gegenüber psychologischen Angeboten	Bewertungen, Erfahrungen oder Meinung zu psychologischen Angeboten in der Vergangenheit.	„Ich wusste, dass es Psychotherapie gibt, aber bei uns wurde diese Psychotherapie missbraucht, so denke ich zumindest. Das ist meine Meinung.” (Interview 16, Pos. 27)	Aussagen kodieren, die Misstrauen, Vorbehalte oder negative Erfahrungen mit psychologischen Angeboten benennen.

K3.5 kulturelle Themen		Aussagen zur Thematisierung von kulturellen Themen in der Beratung.	„Und insbesondere mit der Beraterin konnte ich über verschiedene Themen und auch kulturelle Themen reden.“ (Interview 1, Pos. 39)	Aussagen kodieren, die konkrete kulturelle Inhalte über die in der Beratung gesprochen wurde, thematisieren.
	K3.5.1 Erklärung psychischer Belastung	Aussagen, wie Teilnehmerinnen die Ursache ihrer psychischen Beschwerden verstehen	„Der Islam sagt, es ist normal, dass es so ist.“ (Interview 2, Pos. 21) „Mein Bruder ist 2001 bei einem Unfall ums Leben gekommen, er war Jahrgang 1958. Seitdem leide ich unter Depressionen, und in dieser Zeit habe ich von allem auch Diabetes bekommen.“ (Interview 14, Pos. 33)	Aussagen kodieren, die Ursachen und Erklärungen für psychische Beschwerden umfassen.
	K3.5.2 Erwartungshaltung Beratung	Aussagen zur Erwartungen an die Beratung oder Beratungsperson	„Ich alles abladen kann bei einer Person, dass ich mich ausweinen kann.“ (Interview 7, Pos. 58) „Manchmal ist es sehr wichtig, alles rauszulassen und sich zu entlasten (...).“ (Interview 13, Pos. 38)	Aussagen kodieren, die Erwartungshaltungen die aktuelle Beratung betreffend, enthalten

K4. Ressourcen & Resilienzförderung		Ressourcen, Interventionen oder andere Faktoren, die von den Klientinnen als hilfreich und entlastend beschrieben werden oder in der Beratung gestärkt und thematisiert wurden.	Aussagen kodieren, die auf individuelle, soziale oder durch die Beratung aktivierte Ressourcen oder Bewältigungsstrategien verweisen.
K4.1 Familie		Positive Aussagen zur eigenen Familie und Funktion dieser.	„Aber ich habe meine Schwester hier, sie wohnt hier in (...)“ (Interview 1, Pos. 24) Aussagen kodieren, die familiäre Unterstützung oder Zugehörigkeit als Ressource beschreiben.
K4.2 Soziales Netzwerk		Positive Aussagen zu sozialen Netzwerken oder Kontakten und Funktion dieser.	„Im Alltag hilft es auch mit Freunden zu sprechen (...)“ (Interview 4, Pos. 132) „(...) irgendwie fällt einem die Last leichter, wenn man sieht, dass man nicht allein ist“ (Interview 15, Pos. 56) Aussagen kodieren, die soziale Kontakte oder das soziale Umfeld als entlastend oder stärkend benennen.
	K4.2.1 im Kontext der Beratungsgruppe	Positive Aussagen zu sozialen Netzwerken oder Kontakten auf die Erfahrung in der Beratungsgruppe bezogen.	„Ja, das ist sehr wichtig. Ein Aspekt der sehr wichtig für mich ist, dass wir Teilnehmerinnen uns helfen und wir unterstützen einander.“ (Interview 1, Pos. 84) Aussagen kodieren, die das soziale Netz innerhalb der Beratungsgruppe positiv beschreiben.

K4.3 Interventionen/ Übungen	Positive Aussagen zu Interventionen oder Übungen, die durch die Berater:innen vermittelt wurden.	„Ja. Das Wichtigste war, dass wir gelernt haben, wie wir mit unseren Problemen umgehen können. Falls wir in Situationen sind, mit Druck oder Traurigkeit oder so, dass wir einfach wissen wie wir damit umgehen. Und das war für uns sehr wichtig.“ (Interview 2, Pos. 62) „Die Atemübungen und Entspannungstechniken. Das hat uns geholfen.“ (Interview 3, Pos. 23-24)	Aussagen kodieren, in denen bestimmte in der Beratung durchgeführte Übungen oder Interventionen als hilfreich, erinnerungswürdig oder alltagsrelevant beschrieben werden.
K4.4 Ratschläge	Positive Aussagen zu Ratschlägen, Tipps oder Hilfestellungen, die durch die Berater:innen vermittelt wurden.	„Also, diese Ratschläge im Rahmen der Beratung, die mir von der Beraterin gegeben wurden, waren sehr hilfreich.“ (Interview 1, Pos. 56)	Aussagen kodieren, die Tipps, Ratschläge oder Hinweise der Berater:innen als hilfreich benennen.
K5. Beratungsgruppe	Erfahrungen mit der Gruppensituation im Beratungskontext, sowohl positive als auch negative Aspekte.		Aussagen kodieren, die sich auf Gruppenerfahrungen beziehen, nicht jedoch auf Einzelberatungen oder allgemein formulierte Aussagen ohne Gruppenkontext (nur von Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe).
K5.1 positive Aspekte	Positive Erfahrungen und Anmerkungen zur Beratungsgruppe.		Aussagen kodieren, die positiv bezüglich der Beratungsgruppe sind.

	K5.1.1 Austausch/Input	Positive Aussagen über den Input und die Perspektive der anderen Teilnehmerinnen der Gruppe.	„Und sonst ist der Vorteil für sie in einer Gruppe, dass einfach mehr diskutiert wird, mehr Beispiele gegeben werden, mehr Probleme erzählt werden und wie man darüber sprechen kann. Es gibt mehr Austausch und Input.“ (Interview 2, Pos. 71)	Aussagen kodieren, die die Gruppe als Raum für gegenseitigen Austausch, Input oder Perspektivenvielfalt beschreiben.
	K5.1.2 Übungen/ Interventionen	Positive Aussagen über die Übungen oder Interventionen, die in der Beratungsgruppe angeleitet und durchgeführt wurden.	„Aber dann, als ich hier war, in der Gruppe und die ganzen Übungen und Spiele waren dann ganz was anderes, als was ich mir vorgestellt habe. Und das hat einfach gepasst.“ (Interview 3, Pos. 36)	Aussagen kodieren, in denen Übungen oder Interventionen aus der Beratungsgruppe als hilfreich beschrieben werden.
K5.2 negative Aspekte		Negative Erfahrungen und Anmerkungen zur Beratungsgruppe.		Aussagen kodieren, die negativ bezüglich der Beratungsgruppe sind.
	K5.2.1 Einschränkungen durch Gruppenkontext	Negative Aussagen über den Gruppenkontext und darüber, dass weniger Tiefe oder Privatsphäre in dieser Beratungsform möglich ist.	„Aber hier in dieser Beratungsgruppe, waren es allgemeine Gespräche. Also weniger private Themen.“ (Interview 1, Pos. 22) „Ich befürworte das lieber mit der Eva in der Einzelberatung. Die Gespräche sind eben noch ein bisschen privater.“ (Interview 1, Pos. 61)	Aussagen kodieren, die wenig Privatsphäre oder Gespräche im Gruppensetting als negativ oder nicht individuell genug beschreiben.

K6. Erfahrung & Bewertung der Beratung	Subjektive Einschätzungen und Erfahrungen der Klientinnen in Bezug auf die Qualität, Wirkung und Gestaltung der Beratung.	Aussagen kodieren, die explizit Bewertungen, Zufriedenheit, Wirkungen oder Wünsche in Bezug auf die Beratung thematisieren. Keine Aussagen ohne direkten Bezug zur Beratung kodieren.
K6.1 relevante Kompetenzen Berater:in	Eigenschaften und Qualitäten der Berater:in, die als relevant für eine positive Beratungserfahrung bewertet wurden.	Aussagen kodieren, die bestimmte persönliche oder fachliche Eigenschaften des/der Berater:in hervorheben und als wesentlich für eine positive Beratungserfahrung beschreiben.
K6.1.1 Empathie/Verständnis	Aussagen, die eine Perspektivenübernahme und ein emotionales Verständnis durch Berater:in beschreiben und dies als relevant empfunden wurde.	Aussagen kodieren, die empathisches Verhalten, Zuhören oder emotionales Verstehen des/der Berater:in als relevant betonen.

K6.1.2 Vertrauen	Aussagen, die die Beziehung zwischen Berater:in und Klientin als vertrauensvoll, ehrlich und offen beschreiben und dies als relevant empfunden wurde.	„Wichtigste: Dass ich mich an jemanden wenden kann und dann auch wirklich offen bin. Es ist sehr wichtig, dass ich in diesem Moment alles sagen kann, was mich belastet oder auch, was mich nicht belastet, einfach alles. Und dass ich eine Rückmeldung bekomme.“ (Interview 10, Pos. 54)	Aussagen kodieren, die Vertrauen oder Offenheit in der Beziehung zum/ zur Berater:in als relevant thematisieren.
K6.1.3 Unterstützung	Aussagen, die beschreiben, dass sich die Klientin unterstützt gefühlt hat durch die Berater:in und dies als relevant empfunden wurde.	„Ja wir reden viel und in jeder Hinsicht ist es eine große Unterstützung (...).“ (Interview 9, Pos. 21)	Aussagen kodieren, in denen die Klientin beschreibt, sich durch die Berater:in unterstützt zu fühlen und dies als relevant benennt.
K6.1.4 Fachliche Kompetenz	Aussagen, die beschreiben, dass die fachliche Kompetenz, eine psychologische Ausbildung und Expertise des/der Berater:in in dem Bereich als relevanter Faktor in der Beratungserfahrung angesehen wurde.	„Man kann auch mit seinem Umfeld reden, aber es ist eben was anderes mit einer anderen Person zu reden, die dafür ausgebildet ist (...).“ (Interview 13, Pos. 82)	Aussagen kodieren, die die professionelle Ausbildung oder Expertise des/der Berater:in als relevant beschreiben.

K6.2 Setting der Beratung		Aussagen und Bewertungen, die sich nicht speziell auf den/die Berater:in beziehen sondern den Kontext und die Bedingungen unter denen die Beratung stattgefunden hat.		Aussagen kodieren, die sich auf die strukturellen, organisatorischen oder räumlichen Rahmenbedingungen der Beratung beziehen.
	K6.2.1 außenstehende/ neutrale Person	Aussagen die beschreiben, dass es wichtig ist einen professionellen, neutralen Kontext für die Beratung zu schaffen.	„Vor allem, weil es eine Person ist, die mich nicht kennt, ganz im Gegensatz zu den Menschen in meinem Umfeld. Die sagen einem nie wirklich, wo man Fehler macht oder was genau man falsch macht. Erstens, weil sie keine Fachleute sind. Und zweitens, weil sie einem nahestehen - sie wollen einen nicht verletzen oder einem wehtun.“ (Interview 10, Pos. 21)	Aussagen kodieren, die den Wert einer neutralen, außenstehenden Person für das Beratungsgespräch und einen neutralen Kontext für die Beratung selbst betonen.
	K6.2.2 geschützter Rahmen	Aussagen dazu, dass es wichtig ist, einen Rahmen ohne Bewertung und mit Schweigepflicht zu haben.	„Es ist wichtig, dass das Gesagte zwischen uns bleibt und nicht weitergetragen wird.“ (Interview 15, Pos. 39)	Aussagen kodieren, die Schweigepflicht oder ein bewertungsfreier Raum thematisieren.

K6.2.3 Austausch/ Abwechslung	Aussagen, die beschreiben, dass die Beratung ein sozialer Anker oder eine Abwechslung im sonstigen Alltag dargestellt hat.	„(...) dass sie einfach Menschen kennenlernen und dass sie das hier machen konnten. Das ist gut für sie, weil es eine Abwechslung ist.” (Interview 2, Pos. 58) „Eben zum Beispiel heute wäre mein Tag vielleicht vergangen ohne dass ich überhaupt mit jemandem gesprochen hätte (...)” (Interview 16, Pos. 53)	Aussagen kodieren, die Beratung als soziale Interaktion oder Abwechslung zum Alltag beschreiben.
K6.2.4 Frequenz/ Dauer der Beratung	Bewertungen zur Häufigkeit der Beratungssitzungen und der Beschränkung der Dauer und Anzahl der Beratungssitzungen.	„Zu Beginn hat mich die Beraterin gefragt, welcher Rhythmus für mich passt. Da bin ich dann einmal alle zwei Wochen gekommen und wenn ich größeren Bedarf hatte, konnte ich zusätzliche Termine vereinbaren, das war super.” (Interview 4, Pos. 181)	Aussagen kodieren, die Frequenz, Dauer oder Anpassbarkeit der Sitzungen oder Beschränkungen dahingehend thematisieren.

K6.3 Wünsche für zukünftige Beratungen		Vorschläge und Wünsche, die die Beratungserfahrung verbessert hätten.		Aussagen kodieren, in denen Klientinnen Wünsche oder Verbesserungsvorschläge äußern, die sich auf die Beratung beziehen und einen Bezug dazu enthalten, was hilfreich gewesen wäre oder zukünftig zur Verbesserung der Beratung beitragen könnte.
	K6.3.1 höhere Frequenz der Sitzungen	Aussagen, die beschreiben, dass häufigere Sitzungen oder Sitzungen mit einer höheren Frequenz besser gewesen wären.	„Es könnte zum Beispiel besser sein, wenn es öfter Kurse gibt und Gruppen mit der Psychologin und einfach diese Übungen, das könnte schon helfen. Also einfach, dass es öfter ist.“ (Interview 2, Pos. 69)	Aussagen kodieren, die den Wunsch nach häufigeren Beratungen thematisieren.
	K6.3.2 längerer Beratungszyklus	Aussagen die beschreiben, dass eine längere Teilnahme an der Beratung oder die Möglichkeit an einer höheren Anzahl von Beratungssitzungen teilzunehmen, besser wäre.	„Ich würde mir wünschen, dass ich noch länger als vorgesehen an der Beratung teilnehmen kann, insbesondere weil ich gerade in einer schwierigen Phase bin (...).“ (Interview 12, Pos. 55)	Aussagen kodieren, in denen eine Verlängerung der Teilnahme an der Beratung als Wunsch geäußert wird.

K6.3.3 Gruppenangebote	Aussagen, die Beratungsgruppen oder Gruppenangeboten befürworten.	„Sie organisieren auch Gruppen oder Gruppentherapie jetzt (...) auch draußen im Freien, damit die Gruppe noch größer werden kann und man sich noch besser kennenlernt (...).“ (Interview 15, Pos. 58)	Aussagen kodieren, die Gruppenberatung oder Gruppenformate als wünschenswert benennen (nur von Einzelklientinnen).
K6.3.4 Einzelberatung nach Gruppenberatung	Aussagen, die eine Einzelberatung befürworten, nachdem eine Teilnahme an der Beratungsgruppe erfolgte.	„Es wäre sehr wichtig, dass ich alleine an einer Beratung, also einer Einzelberatung teilnehmen kann, weil ich dann einfach leichter und besser auch über meine tiefgründigen Probleme sprechen könnte.“ (Interview 3, Pos. 52)	Aussagen kodieren, in denen Einzelberatung nach Gruppenteilnahme gewünscht wird (nur von Teilnehmerinnen der Beratungsgruppe).

	K6.3.5 Multidisziplinäre Beratung/ Weitervermittlung	Aussagen, die den Wunsch nach Vernetzung mit anderen Disziplinen oder die Informations- und Weitervermittlung durch den/die Berater:in über den psychologischen Bereich hinaus, äußern.	„Die Stelle hier ist super, vielleicht wäre es noch eine Möglichkeit auch juristische Beratung anzubieten.“ (Interview 15, Pos. 20) „Außerdem wäre es wichtig, dass diese Einrichtung besser mit den medizinischen Institutionen in der Umgebung vernetzt ist. Das heißt: Wenn jemand wegen psychologischer Hilfe hier herkommt, sollte das auch bei den medizinischen Stellen vermerkt und kommuniziert werden (...) vor allem für Menschen mit wenig Deutschkenntnissen.“ (Interview 10, Pos. 79)	Aussagen kodieren, die ergänzende Angebote oder eine Vernetzung mehrerer Disziplinen als relevant benennen.
K6.4 Bewertung der Wirksamkeit und Zufriedenheit		Aussagen und Bewertungen zu dem subjektiven Empfinden der Beratung hinsichtlich der Wirksamkeit, Zufriedenheit, Kontinuitätsabsicht und Erwartungserfüllung.		Aussagen kodieren, in denen subjektive Rückmeldungen zur Effektivität, Nützlichkeit, oder Zufriedenheit der Beratung gegeben werden.
	K6.4.1 Erwartungserfüllung	Aussagen darüber inwiefern die Erwartungen an die Beratung erfüllt wurden.	„Nein, ich habe sogar mehr bekommen, als ich wollte und erwartet habe. (...) als ich hierher gekommen bin.“ (Interview 15, Pos. 71)	Aussagen kodieren, die eine Rückmeldung zur Erfüllung oder Unterschreitung der Erwartungen geben.

K6.4.2 wahrgenommene Wirksamkeit	Aussagen darüber, wie wirksam und hilfreich die Beratung wahrgenommen wurde und ob der Leidensdruck sich verringert hat.	„Ich weiß wirklich nicht in welchem Zustand ich wäre, wenn ich die Beratung nicht gehabt hätte (...)“ (Interview 15, Pos. 24) „Also, sie hat mir viel geholfen. Sehr viel und für mich war es wichtig, dass ich jetzt wieder meine innere Ruhe habe.“ (Interview 11, Pos. 83)	Aussagen kodieren, die beschreiben, inwiefern die Beratung hilfreich oder entlastend war.
K6.4.3 Zufriedenheit	Aussagen, die eine Bewertung der Beratung hinsichtlich der Zufriedenheit mit dieser beinhalten.	„(...) Ich bin mehr als zufrieden, was die Beratung und die Umstände hier betrifft.“ (Interview 14, Pos. 19) „Für die Zeit, die ich da bin und für die Probleme, die ich habe passt es super.“ (Interview 11, Pos. 77)	Aussagen kodieren, die sich direkt positiv über die Beratung äußern.
K6.4.4 Verbindlichkeit und Kontinuitätswunsch	Aussagen, die beschreiben, inwiefern die Beratung weitergeführt werden möchte.	„Ich komme hier vom ganzen Herzen gern weiter hin und sehe, dass mir hier geholfen wird.“ (Interview 5, Pos. 65)	Aussagen kodieren, die sich auf das Fortführen der Beratung oder eine positive Bindung zu dieser beziehen.