

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Krankheitskonzepte psychischer Störungen und Barrieren bei
der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote bei
weiblichen syrischen Geflüchteten in Österreich

verfasst von | submitted by

Dana Pour Ramazan BSc

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

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

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

Inhalt

1. Theoretischer Hintergrund.....	3
1.1. Einleitung	3
1.2. Psychische Belastung syrischer Geflüchteter	4
1.3. Geschlechtseffekte psychischer Belastungen unter syrischen Geflüchteten.....	6
1.4. Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote	8
1.5. Krankheitskonzepte psychischer Störungen	14
1.6. Umgang mit psychischer Belastung unter weiblichen syrischen Geflüchteten	17
1.7. Relevanz und Ziel der Masterarbeit	19
1.8. Fragestellungen	20
1.9. Hypothesen.....	20
2. Methode	21
2.1. Studiendesign	21
2.2. Stichprobe	21
2.3. Studienablauf und Erhebungsinstrument	22
2.4. Auswertung	24
3. Ergebnisse	26
3.1. Deskriptive Stichprobe.....	27
3.2. Thema 1: Krankheitskonzepte von Depressionen.....	28
3.3. Thema 2: Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen	33
3.4. Thema 3: Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote	37

4. Diskussion.....	42
4.1. Krankheitskonzepte von Depressionen	42
4.2. Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen	44
4.3. Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote	46
4.4. Vergleich mit der Fokusgruppe männlicher syrischer Geflüchteter (Pleva, 2023)....	49
4.5. Reflexion der Methode und Limitationen	50
4.6. Implikationen für Forschung und Praxis.....	53
4.7. Zusammenfassung.....	54
5. Literaturverzeichnis	56
6. Anhang.....	66
6.1. Anhang A	66
6.2. Anhang B	68
6.3. Anhang C	69
6.4. Anhang D	71

1. Theoretischer Hintergrund

1.1. Einleitung

Durch Globalisierung, Migration und Fluchtbewegungen werden die Gesellschaften weltweit kulturell vielfältiger und diverser. Für die Psychologie als Wissenschaft, die das Erleben und Verhalten von Menschen erforschen und verstehen will, ist es von zentraler Bedeutung, diese Vielfalt in Forschung und Praxis anzuerkennen, um auch psychosoziale Hilfsangebote an die Bedürfnisse unterschiedlicher Menschen anzupassen. Die psychologische Praxis muss Migration, Flucht und Vertreibung als Teil der Biografie von Menschen berücksichtigen, diese dabei jedoch nicht isoliert betrachten, sondern auch die Intersektionalität mit anderen Aspekten der Identität, wie beispielsweise dem Geschlecht, mit einbeziehen (World Health Organization, 2021).

Laut Genfer Flüchtlingskonvention werden Menschen, die in ihrem Herkunftsland auf Grund ihrer politischen Überzeugungen, Religion, „Rasse“, Nationalität oder Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe verfolgt werden, als Flüchtlinge bezeichnet (UNHCRS, 1951). Wird ein Mensch in seinem Herkunftsland verfolgt, kann dieser in Österreich Asyl, also Aufnahme und Schutz vor Verfolgung, beantragen. Laut dem österreichischen Bundesministerium für Inneres (2024) sind Asylwerber*innen Personen, die außerhalb ihres Heimatlandes um Asyl ansuchen, deren Asylverfahren jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Asylberechtigte oder anerkannte Flüchtlinge sind Personen, deren Antrag auf Asyl stattgegeben wurde. Wird einem Asylantrag auf Grund eines mangelnden Nachweises von Verfolgung nicht stattgegeben, obwohl das Leben oder die Gesundheit der Person in ihrem Herkunftsland in Gefahr ist, kann diese Person subsidiären Schutz, also einen befristeten Schutz vor Abschiebung erhalten (Bundesministerium für Inneres, 2024).

Mit jeweils rund 20.000 Asylanträgen in den Jahren 2022 und 2023 und 13.696 Asylanträgen im Jahr 2024 stellen Syrer*innen die größte Gruppe der Asylwerber*innen in Österreich dar (Bundesministerium für Inneres, 2025; Statistik Austria, 2024). Zu Beginn des Jahres 2024 lebten rund 95.000 Menschen mit syrischer Staatsbürgerschaft in Österreich (Statistik Austria, 2024).

In dieser Arbeit werden Asylsuchende, Asylwerber*innen, subsidiär Schutzberechtigte und anerkannte Flüchtlinge unter dem Begriff Geflüchtete zusammengefasst, da es nicht um den rechtlichen Aufenthaltsstatus, sondern um die Fluchterfahrung der Personen geht.

1.2. Psychische Belastung syrischer Geflüchteter

Menschen, die zur Flucht gezwungen sind, erleben oft starke psychische Belastungen. Die Situation vor der Flucht ist häufig geprägt von Krieg, Gewalt, Diskriminierung oder politischer Unterdrückung, sogenannten Präigrationsstressoren (Kohlenberger et al., 2019). Das Erleben solcher Präigrationsstressoren, insbesondere der Verlust von Angehörigen, steht im Zusammenhang mit der Entwicklung psychischer Störungen wie beispielsweise Depressionen (Cantekin & Gençöz, 2017). Eine 2021 durchgeführte Querschnittsstudie kam zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der in Syrien lebenden Bevölkerung hohe Raten von Symptomaten aufweisen, die mit psychischen Störungen assoziiert sind, wie beispielsweise Werte über 20 im K10 Kessler-Test zu unspezifischem psychischem Distress bei 80.7 % der Teilnehmenden, was milder bis starker psychisch kranker Symptomatik entspricht (Kakaje et al., 2021). Auf der Flucht sind Geflüchtete oft mit menschenunwürdigen Bedingungen, Lebensgefahr, Trennung von der Familie und Gewalt konfrontiert, so genannten Perimigrationsstressoren (Kohlenberger et al., 2019; Nesterko et al., 2020).

Auch nach der Ankunft im Zielland sind Geflüchtete signifikanten migrationsspezifischen Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Kohlenberger et al. 2019). Dazu gehören die Angst vor der Ablehnung des Asylantrages, Trennung von der Familie, Einsamkeit und Diskriminierungserfahrungen, so genannte Postmigrationsstressoren (Kohlenberger, 2019). Syrische Geflüchtete in einer deutschen Studie gaben an in verschiedenen Bereichen, wie bei der Wohnungssuche, im Arbeitskontext, aber auch bei der Inanspruchnahme ärztlicher Unterstützung, Diskriminierung erfahren zu haben (Schoenberger et al., 2024). Postmigrationsstressoren, wie Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, Verlust des sozialen Netzwerks und nichtentschiedene oder abgelehnte Asylanträge, sind signifikant mit depressiver Symptomatik assoziiert (Cantekin & Gençöz, 2017; Nutsch & Bozorgmehr, 2020).

Depressionen sind laut der aktuell gängigen Klassifikationssysteme ICD10 als F32 „Depressive Episode“ und DSM5 als „Major Depression“ durch folgende Symptome gekennzeichnet: anhaltende depressive, beziehungsweise gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Antriebslosigkeit und Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, unangemessene Schuldgefühle oder Gefühle eigener Wertlosigkeit, Schlafprobleme, Libidoverlust sowie Appetitveränderungen und damit einhergehende Gewichtsveränderungen. Häufig gehen Depressionen auch mit Gedanken an Suizid sowie suizidalem Verhalten und erhöhten Suizidraten einher (American Psychiatric Association, 2022; World Health

Organization, 2019). Diskriminierungserfahrungen und belastende Lebensereignisse sind Risikofaktoren für das Auftreten einer Depression (American Psychiatric Association, 2022), denen Geflüchtete oft vermehrt ausgesetzt sind. Symptome variieren je nach kulturellem Hintergrund und äußern sich beispielsweise in somatischen Symptomen, Wut oder sozialer Isolation, weswegen das Mitbedenken des jeweiligen kulturellen und sozialen Kontextes einer Person essentiell ist, um eine Depression zu erkennen und adäquat zu behandeln (American Psychiatric Association, 2022).

Ein systematisches Review der Literatur aus unterschiedlichen Ländern und mit verschiedenen Gruppen Geflüchteter zeigt eine höhere Prävalenz von 31.5 % Depressionen bei Geflüchteten, verglichen mit der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung mit 12 % depressiven Störungen (Blackmore et al., 2020). Während diese Review-Studie einen wichtigen Überblick über den Zusammenhang zwischen Flucht und psychischer Gesundheit gibt, ist es auch wichtig, die Zusammenhänge innerhalb spezifischer Flüchtlingspopulationen in einzelnen Ländern besser zu verstehen. Beispielsweise zeigen rund 50 % der Geflüchteten in Deutschland Symptome von Depressionen, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und/oder Somatisierung (Nesterko et al., 2020). Dabei liegt die Prävalenz von Depressionen bei 21.7 % (Nesterko et al., 2020). Ein systematisches Review von Studien zur psychischen Gesundheit syrischer Geflüchteter in einkommensstarken westlichen Ländern, kommt zu einer durchschnittlichen Prävalenzrate von 31% für Depressionen in dieser Bevölkerungsgruppe, während die Prävalenzraten in den einzelnen Studien zwischen 28.7 % und 53.6 % liegen (Nguyen et al., 2022). Daten zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten aus Syrien, die in Deutschland leben, legen nahe, dass die Prävalenzen psychischer Störungen und psychischer Belastungen in dieser Bevölkerungsgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöht sind (Borho et al., 2020). In diesem Sample lag die Prävalenz für Depressionen bei ca. 30 %. Dieser Effekt scheint laut dieser Längsschnittstudie in den ersten Jahren nach der Flucht stabil zu bleiben, was möglicherweise durch anhaltende Postmigrationsstressoren oder mangelnde psychosoziale Hilfsangebote erklärt werden kann (Borho et al., 2020).

Menschen arabischer Herkunft und Geflüchtete wiesen in einer US-amerikanischen Studie signifikant höhere Raten internalisierter Stigmatisierung psychischer Störungen auf, als US-Amerikaner*innen und Menschen ohne Fluchterfahrung (Kira et al., 2014). Dies wirkt sich verstärkend auf den erlebten Stress der Menschen aus und führt zu Leidensdruck. Als mögliche Ursachen oder Verstärker internalisierter Stigmatisierung werden sogenannte Typ 3 Traumata diskutiert – kollektive, identitätsbezogene Traumata wie anhaltende

Diskriminierung oder gesellschaftliche Unterdrückung (Kira et al., 2014). Stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychischen Störungen scheinen bei aus Syrien geflüchteten Menschen mit stärkerer eigener psychischer Belastung einherzugehen (Renner et al., 2021). Eine Studie mit in Deutschland lebenden syrischen Geflüchteten, die an leichten bis mittleren Posttraumatischen Stresssymptomen litten, untersuchte die Ausprägung von Selbststigmatisierung psychischer Störungen (Baer et al., 2021). Die Untersuchung differenzierte dabei zwischen dem Bewusstsein über vorhandene Stigmatisierung in der Gesellschaft, der eigenen Zustimmung zu dieser Stigmatisierung, der Anwendung der stigmatisierenden Überzeugungen auf sich selbst und dem dadurch entstehenden Schaden für die Person selbst. Die Teilnehmer*innen der Studie wiesen erhöhte Ausprägungen von Selbststigmatisierung auf, die jedoch mit anderen klinischen Stichproben vergleichbar waren (Baer et al., 2021). Im Gegensatz dazu berichteten Teilnehmerinnen einer weiteren deutschen Studie mit arabischsprachigen Geflüchteten, überwiegend syrischer Herkunft, von relativ niedrigen Raten internalisierter Stigmatisierung (Lindheimer et al., 2020). Die Autorinnen weisen jedoch auf eine mögliche Verzerrung hin, da die Studienteilnahme freiwillig war. Es ist daher anzunehmen, dass die Teilnehmenden tendenziell offener für das Thema psychische Gesundheit waren, was die Ergebnisse beeinflusst haben könnte (Lindheimer et al., 2020).

Eine weitere Erklärung für die besonders hohe Rate psychischen Leidensdrucks in der Population syrischer Geflüchteter liegt in dem Phänomen der Trauma-Zentralität (Chung & Shakra, 2022). Der Geflüchteten-Status sowie die kontinuierliche Berichterstattung über den Krieg in Syrien tragen dazu bei, dass erfahrene Traumata und konstante Sorge eine noch zentralere Rolle in der Identität von syrischen Geflüchteten einnehmen. Dies hat einen negativen Einfluss auf das Weltbild, die Überzeugungen über sich selbst und andere sowie die Erwartungen an die Zukunft (Chung & Shakra, 2022).

Die Lebensrealitäten und Erfahrungen von Geflüchteten können nicht verallgemeinert werden und die Vielfalt geflüchteter Menschen muss berücksichtigt werden. Da sich diese Masterarbeit auf weibliche syrische Geflüchtete bezieht, behandelt der folgenden Abschnitt Geschlechtseffekte psychischer Belastungen in der Population syrischer Geflüchteter.

1.3. Geschlechtseffekte psychischer Belastungen unter syrischen Geflüchteten

In vielen wissenschaftlichen Studien sowie in der Alltagssprache wird häufig von einer biologisch bedingten Binarität des Geschlechts ausgegangen, also einer klaren und feststehenden Unterteilung in Mann und Frau (Hyde et al., 2019). Diese Sichtweise wird

jedoch zunehmend wissenschaftlich hinterfragt. Stattdessen wird zwischen biologischem Geschlecht und sozial konstruiertem Gender differenziert (Hyde et al., 2019). In dieser Masterarbeit beziehen sich die Bezeichnungen weiblich, männlich, Frau und Mann auf Grund der mangelnden Studienlage zu nonbinären, intergeschlechtlichen und transgender Personen im Kontext syrischer geflüchteter Menschen primär auf eine binäre Unterteilung. Da die Angabe zum Geschlecht/Gender in den zitierten Studien, sowie in der vorliegenden Studie auf Selbstauskunft beruht, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Teilnehmerinnen um Frauen im biologischen und/oder sozialkonstruierten Sinne handelt.

In einer in Syrien durchgeführten Studie wurden in der Allgemeinbevölkerung höhere allgemeine psychische Belastung (Distress) bei Frauen im Vergleich zu Männern festgestellt (Kakaje et al., 2021). Auch in der Gruppe syrischer Geflüchteter zeigen sich konsistent höhere Prävalenzraten von Depressionen bei Frauen als bei Männern (Borho et al., 2020; Cantekin & Gençöz, 2017; Renner et al., 2021). Dieser Geschlechtseffekt besteht jedoch nicht nur für syrische Geflüchtete, sondern lässt sich kulturübergreifend, beispielsweise auch in europäischen Studien finden (Hapke et al., 2019). In einer österreichischen Studie litten 34 % der befragten geflüchteten Frauen an mittelgradigen oder schweren Depressionen, verglichen mit 24 % der Männer (Kohlenberger et al., 2021). Neben einer verstärkten Symptomatik der Depression wurde auch eine höhere Prävalenz an Somatisierungen bei syrischen Frauen beobachtet (Renner et al., 2021).

Fluchterfahrungen und mit ihr einhergehende psychische Belastungen sind nicht von Genderkonstrukten und geschlechtsspezifischen Stressoren zu trennen, weswegen besser verstanden werden muss, wo und wie weibliche Geflüchtete auf Grund ihres Geschlechts zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind. Dies ist notwendig, um psychosoziale Hilfsangebote an die Bedürfnisse von geflüchteten Frauen anzupassen (Renner et al., 2021). Da Mädchen und Frauen in Syrien, auf ihrer Flucht und auch nach ihrer Ankunft in ihrem Zielland einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, geschlechtsspezifischer oder sexualisierte Gewalt zu erfahren, ist es wichtig Fachkräfte im Gesundheitsbereich dafür zu sensibilisieren (International Rescue Committee, 2014). Literatur zur Belastung syrischer Geflüchteter ergibt, dass Personengruppen, die geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen gemacht haben, Behinderungen haben oder zur LGBTQIA+ Community gehören mit zusätzlicher Belastung konfrontiert sind (Hassan et al., 2016). Hierzu gehören beispielsweise Stigmatisierung, Diskriminierung und mangelnde sichere und kultursensible Unterstützungsangebote (Hassan et al., 2016). Es ist daher wichtig aus Syrien Geflüchtete nicht als homogene Gruppe zu

begreifen, sondern die Bedürfnisse einzelner Personen und Personengruppen zu berücksichtigen.

Die höhere Prävalenz psychischer Störungen bei weiblichen Geflüchteten legt nahe, dass geflüchtete Frauen im Unterschied zu geflüchteten Männern noch zusätzlichen, geschlechtsspezifischen Stressoren ausgesetzt sind. Um diese Erkenntnisse zu vertiefen und die psychische Gesundheit von Geflüchteten aus intersektionaler Perspektive zu betrachten, wird in dieser Masterarbeit aus Syrien geflüchteten Frauen die Möglichkeit geboten, über ihre Erfahrungen zu sprechen.

1.4. Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote

Trotz der hohen Prävalenz psychischer Belastungen und Störungen unter syrischen Geflüchteten in Deutschland liegt der Anteil derjenigen, die im Laufe ihres Lebens psychologische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, mit lediglich etwa 7 bis 8 % auf einem sehr niedrigen Niveau (Borho et al., 2020; Schoenberger et al., 2024). In Österreich werden psychosoziale Hilfsangebote von Geflüchteten und der Allgemeinbevölkerung in etwa gleich viel in Anspruch genommen (Kohlenberger et al., 2021). Da jedoch der Bedarf unter Geflüchteten deutlich erhöht ist, kann von Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote ausgegangen werden, mit denen Geflüchtete konfrontiert sind (Kohlenberger et al., 2021). Auch wenn in Österreich lebende weibliche Geflüchtete mit 13 % eine höhere Inanspruchnahme psychosozialer Hilfe aufweisen als männliche Geflüchtete mit 5 % (Kohlenberger et al., 2019), ist dieser Wert angesichts der erhöhten psychischen Belastung dennoch gering.

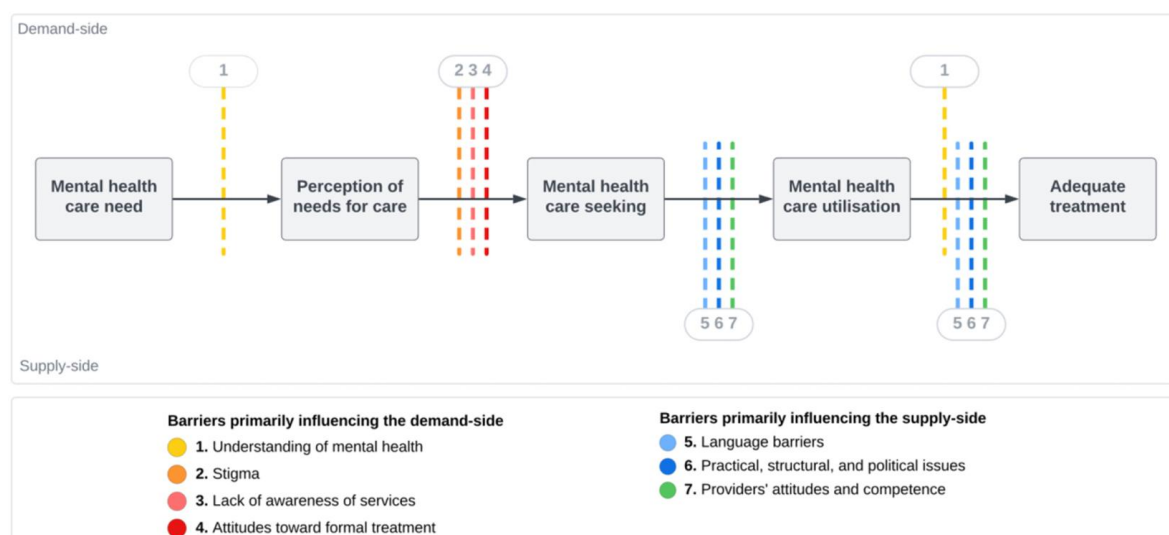
Levesque et al. (2013), beschreiben den Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems als Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Sie unterteilen auf der Seite der Angebote – also dem Gesundheitssystem und den Behandler*innen – in Erreichbarkeit, Akzeptanz, Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Angemessenheit. Diesen stehen auf Seite der Behandlungssuchenden die Fähigkeiten wahrzunehmen, zu suchen, zu erreichen, zu bezahlen und in Anspruch zu nehmen gegenüber (Levesque et al., 2013).

Ein systematisches Review von Review-Studien von Dumke et al. (2024) ermittelte basierend auf dem Modell von Levesque et al. (2013) sieben zentrale Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für Geflüchtete in einkommensstarken Ländern. Auf der Seite der Geflüchteten, als „Nachfragende“ wurden folgende Barrieren identifiziert: 1. kulturell geprägte Krankheitskonzepte psychischer Störungen, die eine

besonders hohe Barriere bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für Geflüchtete darstellen und in einem folgenden Kapitel näher behandelt werden. 2. Angst vor Stigmatisierung, 3. fehlendes Wissen über psychosoziale Hilfsangebote und 4. negative Einstellungen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten. Auf der Seite der Angebote umfassten die Barrieren 5. Sprachbarrieren, 6. strukturelle Probleme, wie mangelnde Angebote oder finanzielle Hürden und 7. mangelnde therapeutische oder kulturelle Kompetenz der Behandelnden (Dumke et al., 2024). Dieses Modell ist in Abbildung 1 illustriert.

Abbildung 1

Zentrale Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für Geflüchtete in einkommensstarken Ländern (Dumke et al., 2024)



Anmerkung: Abbildung 1 wurde dem Paper „Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework“ von Dumke et al., 2024, S. 7 entnommen.

Byrow et al. (2020) kategorisieren die Barrieren zu psychosozialen Hilfsangeboten für Geflüchtete in strukturelle, kulturelle und geflüchteten-spezifische Barrieren. Strukturelle Barrieren zeigen sich in finanzieller Belastung, Sprachbarrieren, unsicheren Wohnverhältnisse und fehlendem Wissen über psychosoziale Hilfsangebote. Kulturelle Barrieren stellen die Stigmatisierung psychischer Störungen und kulturell geprägte Krankheitskonzepte dar. Unter geflüchteten-spezifische Barrieren fallen unsicherer Einwanderungsstatus, mangelndes

Vertrauen in Autoritätspersonen und Bedenken hinsichtlich der Vertraulichkeit bei der Inanspruchnahme von Angeboten (Byrow et al., 2020).

In Österreich haben anerkannte Flüchtlinge, Asylwerber*innen und subsidiär Schutzberechtigte rechtlichen Anspruch auf kostenlosen Zugang zum Gesundheitssystem, das auch psychosoziale Hilfsangebote miteinschließt (Kohlenberger et al., 2019). Laut einer Erhebung unter in Österreich lebenden afghanischen, irakischen und syrischen Geflüchteten stellen die größten Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Angebote die zeitliche Verfügbarkeit und die lange Wartezeit dar (Kohlenberger et al., 2019). Für Geflüchtete in Österreich liegt die Wartezeit für einen Ersttermin bei eine*r Psychotherapeut*in mit Dolmetscher*innenunterstützung bei durchschnittlich 6 bis 12 Monaten (Kohlenberger et al., 2019).

Geflüchteten aus Syrien in Deutschland fehlt es an Wissen darüber, wo psychosoziale Hilfe gefunden werden kann (Schoenberger, 2024). Syrische Geflüchtete in den Niederlanden, Schweden, der Schweiz und Deutschland beschreiben es als großes Problem, dass sie keine Behandlungsangebote in arabischer Sprache finden konnten (Woodward et al., 2023). Teilweise konnte mit Hilfe von Übersetzungen gearbeitet werden, wobei jedoch befürchtet wurde, dass es zu Fehlern oder Ungenauigkeiten durch die Dolmetscher*in kommen könnte (Woodward et al., 2023). Da es sich bei der dolmetschenden Person nicht um eine psychologisch ausgebildete Fachkraft und um eine arabisch-sprachige Person handelt, wurde von syrischen Geflüchteten die Befürchtung geäußert, von dem*r Dolmetscher*in für die psychischen Belastung verurteilt zu werden (Aarethun et al., 2021).

Psychische Probleme, die sich in somatischen Symptomen äußern, werden von medizinischem und psychologischem Personal häufig nicht erkannt, was auf ein mangelndes interkulturelles Verständnis psychischer Störungen hinweist (Woodward et al., 2023). Medizinisches und psychologisches Personal muss deshalb dahingehend geschult werden, wie sich psychische Belastungen und Störungen in unterschiedlichen Populationen ausdrücken und in somatischen Symptomen manifestieren, um adäquate Beratung, Unterstützung und Behandlung für Geflüchtete anbieten zu können (Schoenberger et al., 2024).

Stigma, kulturelle Überzeugungen und fehlendes Wissen über psychische Störungen und über psychosoziale Hilfsangebote stellen große Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote dar (Khatib et al., 2023). Psychische Störungen sind in der syrischen Kultur mit viel Stigma und Scham verbunden (Al Laham et al., 2020). Das Benennen eines Leidens als psychisches Problem kann zu Gefühlen von Scham oder der Angst, als „verrückt“ angesehen zu werden, führen, was sich negativ auf die

Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote auswirken kann (Hassan et al., 2016). Syrer*innen in einer europäischen Studie gaben an, dass sie und viele Menschen in ihrem Umfeld die Annahme vertraten, dass Menschen, die psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen, „verrückt seien“ (Woodward et al., 2023). Mangelndes Wissen und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen und gegenüber psychologischen Fachkräften innerhalb der syrischen Gemeinschaft stellen eine Barriere für die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung dar (Woodward et al., 2023). Die Vermeidung psychologischer oder psychiatrischer Bezeichnungen kann helfen weniger Stigmatisierung zu erzeugen, sowie das Verständnis zu erleichtern und Geflüchtete eher dazu bewegen, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (Hassan et al., 2016).

Syrische geflüchtete Frauen erleben starke Angst und Scham in Bezug auf psychische Störungen (Agha et al., 2024). Zusätzlich fehlt es häufig an Vertrauen in die Anbieter*innen psychosozialer Hilfsangebote, da sie nicht verstehen, was dort gemacht wird (Agha et al., 2024). Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem oder gegenüber Psycholog*innen führt zu einer geringeren Offenbarung negativer Gefühle, insbesondere wenn ein mangelndes Verständnis der Struktur des Gesundheitssystems und Angst vor Missverständnissen aufgrund von Sprachbarrieren oder mangelndem kulturellen Verständnis besteht (Schlechter et al., 2021). Syrische Frauen in Norwegen rieten einer Person mit Depressionssymptomatik zwar zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Unterstützung, würden diese jedoch selbst nicht in Anspruch nehmen und auch engen Freundinnen nicht empfehlen (Aarethun et al., 2021). Eine Zurückhaltung unter syrischen Geflüchteten über psychische Belastung zu sprechen konnte auch in einer deutschen Studie gefunden werden. Syrische Geflüchtete gaben an, negative Gefühle mehr für sich zu behalten als Deutsche, die ihre negativen Gefühle häufiger anderen Personen gegenüber offenbaren (Schlechter et al., 2021). Sie zeigten negativere Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe, trotz stärkerer depressiver Symptomatik (Schlechter et al., 2021). Länderübergreifend zeigen arabische Frauen positivere Einstellungen gegenüber psychosozialen Angeboten und ihrer Inanspruchnahme, jedoch nehmen arabische Männer durchschnittlich häufiger Angebote für psychische Gesundheit in Anspruch (Khatib et al., 2023). Die Gründe für die trotz positiveren Einstellungen geringere Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote unter syrischen Frauen sind unklar, weisen jedoch auf geschlechtsspezifische Barrieren hin, die weiter erforscht und abgebaut werden müssen (Khatib et al., 2023).

Ein weiterer wichtiger Faktor, der beeinflusst, ob eine Person psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch nimmt, ist das vorhandene Wissen über psychische Störungen über

das die Person verfügt. Fehlendes Wissen kann zu Fehlinterpretationen von Symptomen psychischer Störungen und zu falschen Überzeugungen über die Aufgaben psychologischer Behandler*innen führen. (Khatib et al., 2023). Die Entstehung einer Depression lässt sich nicht auf einzelne Ursachen zurückführen, sondern entwickelt sich aus einem multifaktoriellen Zusammenspiel von biologischen Prädispositionen, wie z.B. genetischen Faktoren, lebensgeschichtlichen Faktoren, wie z.B. der Entwicklung in der Kindheit oder der Persönlichkeit sowie Lebensereignissen und Lebensumständen (Wolfersdorf, 2011). Diese unterschiedlichen Faktoren können jeweils belastend oder resilienzfördernd sein (Wolfersdorf, 2011). Die Behandlung von Depressionen erfolgt in Österreich, Deutschland und anderen westlichen Industrienationen häufig mit einer Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmaka. Ergänzend können z.B. Licht-, Musik- oder Sporttherapie, Entspannungsübungen oder Veränderungen im Sozial- und Berufsleben in die Behandlung einbezogen werden (Wolfersdorf, 2011).

Das Konzept der „Mental Health Literacy“ (Jorm et al. 1997) beschreibt das Wissen einer Person über psychische Störungen und ihre Behandlung. Aufgeteilt wird das Konzept nach Jorm et al. (1997) in die fünf Aspekte „Wissen über Prävention psychischer Störungen“, „Erkennen psychischer Störungen“, „Wissen über Unterstützung und Behandlung“, „Wissen über Selbsthilfe-Strategien“ und „Erste Hilfe zur Unterstützung anderer“. Es ist wichtig zu beachten, dass das Konzept der Mental Health Literacy von westlichen Diagnosekriterien und Behandlungsansätzen geprägt ist und ein Mangel an kultureller und sprachlicher Übertragbarkeit besteht (Jorm & Anderson, 2012). Das muss bei Programmen zur Förderung und Stärkung von Mental Health Literacy, je nach Personengruppe berücksichtigt werden (Jorm & Anderson, 2012). Hohe Mental Health Literacy, im Sinne eines ausgeprägten Wissens über Ursachen, Entstehung und Verlauf psychischer Störungen hängt mit positiveren Einstellungen zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe zusammen (Cheng et al., 2018). Dabei ist das Erkennen psychischer Störungen allein nicht ausreichend, sondern es muss mit passenden Handlungsmöglichkeit verknüpft werden, da sonst ein Label oder eine Diagnose nicht hilfreich ist (Jorm & Anderson, 2012).

Falsche Vorstellungen wie psychosoziale Hilfsangebote aussehen und was sie bewirken sollen, sind ein Hauptgrund, weswegen Personen ihre Probleme selbst oder mit so genannter informeller Hilfe, von beispielsweise Familie, Freund*innen oder religiösen Heiler*innen lösen wollen (Khatib et al., 2023). Syrische Geflüchtete in einer Studie im Libanon (Al Laham et al., 2020) gaben an, Hilfe bei psychischer Belastung hauptsächlich durch informelle Quellen oder Hausärzt*innen zu suchen, jedoch nicht bei professionellen

psychologischen Quellen, wie Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen (Al Laham et al., 2020). Auch syrische Geflüchtete in Deutschland gaben an, dass sie Probleme meist selbst oder mit der Unterstützung von Familie und Freund*innen lösen wollen (Schoenberger et al., 2024). Dass die ersten Anlaufstellen für Unterstützung bei psychischen Störungen Freund*innen und Familienangehörige darstellen, ist jedoch kein für Syrer*innen oder Geflüchtete spezifisches Phänomen, sondern findet sich auch in anderen Populationen, wie beispielsweise Kanadier*innen (Mackenzie et al., 2006).

Eine andere Form der informellen Unterstützung kann der Glaube oder die Religion einer Person sein. Die Hauptquellen für Resilienz unter syrischen Geflüchteten sind laut Atari-Khan et al. (2021) Freund*innen, Familie, ihr soziales Netzwerk und ihr Glaube an Gott. Syrische Geflüchtete in einer norwegischen Studie gaben an, bei psychischen Beschwerden in erster Linie Hilfe von Gott zu suchen, gefolgt von ihrem*r Partner*in (Harris et al., 2021). An dritter Stelle standen in dieser Gruppe als Hilfe die Mutter, der*die Hausarzt*in und Psycholog*innen oder Psychiater*innen. Eine andere in Norwegen durchgeführte Studie mit syrischen Geflüchteten kam jedoch zu dem Ergebnis, dass der Glaube an Gott keine Rolle bei der Bewältigung psychischer Belastungen spielte (Aarethun et al., 2021). Die Teilnehmer*innen dieser Studie gaben an, dass sie bei ähnlichen Problemen in Syrien keine psychologische Hilfe in Anspruch genommen hätten, dies aber jetzt in Norwegen aufgrund geringerer kultureller Barrieren, weniger Tabuisierung und der Wahrnehmung, nicht als „verrückt“ abgestempelt zu werden, tun würden (Aarethun et al., 2021).

Arabische Bevölkerungsgruppen zeigen überwiegend negative Einstellungen gegenüber der Suche nach Unterstützung durch psychologische und psychiatrische Fachkräfte (Khatib et al., 2023). Studien deuten jedoch darauf hin, dass negative Einstellungen bei arabischen Bevölkerungsgruppen, die in Ländern mit einer positiveren gesellschaftlichen Einstellung gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten leben, abnehmen können (Khatib et al., 2023). Gefühle der Verbundenheit mit dem Ankunftsland und der sozialen Integration sind positiv mit der Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischer Belastung durch Allgemeinmediziner*innen assoziiert (Harris et al., 2021). Sich im Ankunftsland willkommen zu fühlen, was sich auf politischer und sozialer Ebene auf die Menschen auswirkt, führt bei Geflüchteten in Deutschland zu höherer Lebenszufriedenheit und dadurch indirekt zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit (Keller & Haji, 2021).

Zusammenarbeit mit syrischen Geflüchteten, die im Gesundheitsbereich arbeiten, kann hilfreich sein, um kultursensible Angebote zu schaffen und zu fördern, sodass sich aus Syrien Geflüchtete sicherer und wohler fühlen, psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen

(Hassan et al., 2016). Psychoedukation zur Reduktion von Stigma, Hilfe bei der Orientierung im Gesundheitssystem sowie Aufklärung über Verschwiegenheit und Vertraulichkeit sind zentral, um den Zugang zu psychosozialen Hilfsangeboten zu erleichtern (Atari-Khan et al., 2021).

Die aktuelle Studienlage zeigt sich in Bezug auf die in der Population syrischer Geflüchteter vorliegenden Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote, die Raten von Stigmatisierung psychischer Störungen, die Einstellungen zu psychosozialen Hilfsangeboten und die Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden heterogen, was die Notwendigkeit weiterer Forschung unterstreicht. Insbesondere die vielschichtigen, kulturellen und individuellen Mechanismen, die dabei eine Rolle spielen, erfordern weitere qualitative Untersuchungen.

1.5. Krankheitskonzepte psychischer Störungen

Psychische Störungen werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen, erklärt und behandelt. Diese kulturellen Unterschiede spiegeln sich in sogenannten Krankheitskonzepten wider – subjektiven Vorstellungen über Ursachen, Verlauf und Behandlung von psychischen Störungen (Dorsch Lexikon der Psychologie, 2024). Diese haben einen starken Einfluss auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit und die möglichen Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Krankheit (Dorsch Lexikon der Psychologie, 2024). Dumke et al. (2024) nennen in ihrem Modell der Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für Geflüchtete als ersten Faktor die kulturell geprägten Krankheitskonzepte. Die in der Population syrischer Geflüchteter in Österreich verbreiteten Krankheitskonzepte psychischer Störungen besser zu verstehen, ist notwendig, um psychosoziale Hilfsangebote und Psychoedukation adäquat anzupassen und zu gestalten.

Eng verbunden mit dem Modell der Krankheitskonzepte ist das Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM) von Leventhal et al. (2016). Das CSM beschreibt die kognitiven und emotionalen Prozesse, die auf Krankheitsgefahren folgen, sowie mit welchen Verhaltensreaktionen Individuen auf eine Bedrohung ihrer Gesundheit reagieren. Die Wahrnehmung von Krankheitssymptomen bei sich selbst oder bei anderen führt zur Bildung individueller Krankheitsrepräsentationen. Diese spiegeln persönliche Erfahrungen sowie kulturelle Überzeugungen wider und umfassen nach Leventhal et al. (2016) fünf zentrale Aspekte:

1. Definition der Symptome als Krankheit, 2. Vorstellungen über den Verlauf, 3. Konsequenzen der Krankheit, 4. Ursachenzuschreibung, 5. Wahrgenommene Kontrolle und Möglichkeit der Heilung.

Diese mentalen Repräsentationen beeinflussen die Überzeugungen zu möglichen Behandlungs- und Handlungsoptionen (Leventhal et al., 2016). Die fünf Aspekte basieren ursprünglich auf dem „Self-Regulation Model“ (SMR) von Leventhal et al. (1984), das zwar für körperliche Erkrankungen entwickelt wurde, aber auch für die Untersuchung mentaler Repräsentationen von Depression validiert wurde (Fortune et al., 2004). Die mentalen Repräsentationen einer Depression in Form der oben genannten fünf Aspekte konnten bei Frauen mit einer akuten Depression oder einer Depression in der Vorgeschichte gefunden werden (Fortune et al., 2004). Die Teilnehmerinnen der Studie nannten zur Beschreibung ihrer körperlichen Krankheiten sowie ihrer Depressionen die fünf Aspekte des SMR-Modells und dabei am häufigsten die erlebten Symptome und die Konsequenzen der Krankheit (Fortune et al., 2004).

Die in einkommensstarken Ländern erforschten Krankheitskonzepte und das Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung basieren auf den sozialen und kulturellen Modellen dieser Länder (Byrow et al., 2020). In der Forschung wird meist nicht berücksichtigt, dass Teilnehmer*innen aus anderen Kulturkreisen, wie beispielsweise Geflüchtete, möglicherweise andere Krankheitskonzepte aufweisen, die in ihrer Kultur begründet sind. Diese Krankheitskonzepte gehen möglicherweise mit einem anderen, jedoch nicht weniger umfassenden Wissen einher (Byrow et al., 2020).

Syrische Geflüchtete in Norwegen gaben bei Fallvignetten einer Person mit Depressionen geringe Identifikation mit den Symptomen an. Die Ursachen der Symptome wurden primär extern durch die Lebenssituation und Stressoren attribuiert (Aarethun et al., 2021). Aus Syrien geflüchtete Menschen, die seit durchschnittlich drei Jahren in Deutschland lebten, nannten in einer qualitativen Studie mit Fokusgruppen (Renner et al., 2020), Depression als mögliche Folge von Flucht und Kriegserfahrungen. Eine in den USA durchgeführte Studie (Agha et al., 2024) mit aus Syrien geflüchteten Frauen nutzte Fallvignetten zu Depressionen im Rahmen qualitativer semi-strukturierter Interviews, um das Gesundheitsverhalten zu untersuchen. Die Teilnehmerinnen der Studie interpretierten die Fallvignette zu Depressionen als Einsamkeit, Trauer oder Resultat der Trennung von Familienmitgliedern, wobei ihnen das Verhalten von sich selbst oder Familienangehörigen bekannt vorkam (Agha et al., 2024). Als Rat gaben sie, dass die Person die neuen Lebensbedingungen akzeptieren und sich ablenken solle. Die Teilnehmerinnen der Studie

gaben an, für ihre Trauer und Ängste keine Ärzt*innen aufzusuchen. Ihre Coping-Strategien seien mit Familienangehörigen sprechen, Kochen, Spaziergehen und andere Arten der Ablenkung. Fast alle Frauen berichteten, dass sie für körperliche Beschwerden regelmäßig ärztliche Hilfe und Medikamente in Anspruch nehmen, dies jedoch für psychische Beschwerden nicht tun würden (Agha et al., 2024).

Syrische Geflüchtete im Libanon (Al Laham et al., 2020) nannten neben Kriegserfahrung, Einsamkeit und schlechten Lebensbedingungen auch die Besessenheit von einem Jinn/bösem Geist oder die Strafe Gottes als mögliche Ursachen psychischer Störungen. Syrische Geflüchtete in Norwegen gaben hingegen an, dass für sie der Glaube an Gott keine Rolle bei der Ursachenzuschreibung psychischer Störungen spiele (Aarethun et al., 2021). Eine in Syrien durchgeführte umfangreiche ($N = 400$) Studie, erhob das Wissen über psychische Störungen und die Einstellungen gegenüber Psychotherapie in einem Sample syrischer Lehrer*innen aus Damaskus und Refdimashq (Latifeh et al., 2022). Der Großteil der Teilnehmer*innen gab an, dass Übernatürliches keinen Einfluss auf psychische Störungen habe, gleichzeitig war jedoch die Überzeugung, dass Gläubige eher nicht psychisch erkranken, weit verbreitet. Die Teilnehmer*innen zeigten ein hohes Bewusstsein für psychische Störungen und niedrige Raten an Stigmatisierung, wobei kein Geschlechterunterschied zu finden war. Das Sample zeigte größtenteils positive Einstellungen gegenüber Psychotherapie und psychosozialen Hilfsangeboten, jedoch mangelndes Wissen über Psychopharmaka (Latifeh et al., 2022).

Eine Studie mit syrischen Studierenden (Swed et al., 2022) fand hingegen hohe Raten an Stigmatisierung und Fehlinformationen über Depressionen. Frauen in diesem Sample zeigten höhere Raten der Stigmatisierung psychischer Störungen als Männer. 79,5 % der Teilnehmer*innen gaben an, dass die beste Hilfe für Menschen mit psychischen Störungen Psychiater*innen seien. Gleichzeitig gaben die Befragten jedoch an, bei eigenen Problemen primär Hilfe durch Familie und Peers zu suchen (Swed et al., 2022).

Es ist wichtig, den Unterstützungswert des sozialen Netzwerks oder des Glaubens einer Person anzuerkennen und wertzuschätzen. Diese Ressourcen können parallel zur professionellen psychosozialen Hilfe bestehen und genutzt werden (Harris et al., 2021). Psychoedukation trägt dazu bei, das Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung zu erweitern. Sie kann somit helfen, Scham- und Stigma-Assoziationen mit psychischen Störungen wie Depressionen sowie deren Behandlung zu verringern (Taylor-Rodgers & Batterham, 2014). Es ist in Forschung und Praxis wichtig, dass von westlich geprägten Krankheitskonzepten abweichende Krankheitskonzepte psychischer Störungen

nicht als falsch oder unwissend eingestuft werden. Die Erforschung und das Verständnis dieser verschiedenen Krankheitskonzepte sind von entscheidender Bedeutung, um adäquate psychosoziale Angebote für spezifische Populationen, wie beispielsweise weibliche syrische Geflüchtete in Österreich, zu entwickeln.

1.6. Umgang mit psychischer Belastung unter weiblichen syrischen Geflüchteten

Aus Syrien geflüchtete Frauen im libanesischen Grenzgebiet zu Syrien berichten in Fokusgruppendifkussionen und Interviews von Zukunftsängsten, Verlusten durch die Flucht und von fehlender Stabilität (Al Laham et al., 2020). Sie sind als Frauen mit zusätzlichen soziokulturellen Belastungen konfrontiert, beispielsweise in Form von vermehrter Verantwortung für die Kinder sowie Einschränkungen, in einem fremden Land als Frau alleine das Haus zu verlassen (Al Laham et al., 2020). Der Verlust von Bewegungsfreiheit und Selbstständigkeit im Gegensatz zu ihrem alten Leben in Syrien wird von geflüchteten Frauen im Libanon und in Jordanien mit starker Belastung und von Einzelnen auch mit der Entwicklung von Depressionen assoziiert (Al Laham et al., 2020; Boswall & Akash, 2015). Aus Syrien geflüchtete Frauen berichten von engen weiblichen sozialen Netzwerken, einem Zugehörigkeitsgefühl durch ihre gesellschaftlich anerkannte Rolle als Frau und Mutter und einem positiven Selbstbild in ihren Heimatorten in Syrien (Boswall & Akash, 2015). Auf der Flucht und auch bei Ankunft an einem neuen Ort brechen diese Netzwerke und Rollen auseinander, es fehlt an Zugehörigkeitsgefühl und sozialen Interaktionsräumen für Frauen, aber auch an Privatsphäre. Dies führt für viele aus Syrien geflüchtete Frauen zu Isolation und Angst. Als Umgang mit ihrer Trauer und Angst nannten einige der Frauen Unterstützung durch Beten oder das Lesen des Korans. Andere Formen des Umgangs sind Musikhören, Nachrichten sowie Unterhaltungsprogramme im Fernsehen schauen und mit Familienangehörigen telefonieren. Mehr sozialer Kontakt und Involviertheit in einer Gruppe oder einem sozialen Netzwerk helfen den syrischen Frauen gegen das Gefühl der Isolierung und vermitteln ein positiveres Selbstwertgefühl (Boswall & Akash, 2015). Teil einer sozialen Gruppe zu sein, ist eine wichtige Form der Unterstützung für syrische Frauen und Mütter, die auch außerhalb von Syrien ein neues Zugehörigkeitsgefühl erzeugen kann (El-Khatib et al., 2017).

Personen, die in den USA in der Geflüchtetenhilfe mit syrischen Frauen arbeiten, gaben als Ursache für die Nichtinanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten unter weiblichen Geflüchteten kulturelle Unterschiede im Umgang mit psychischen Störungen an

(Agha et al., 2024). Neben dem bevorzugten Aufsuchen von Heiler*innen oder Familienangehörigen sei auch das Zusammenkommen in Gruppen und das Verfolgen kollektivistischer Heilungsansätze zentral im Gegensatz zur Inanspruchnahme individualistischer Therapieangebote, wie sie in den USA und Europa hauptsächlich verfolgt werden (Agha et al., 2024). In Krisensituationen wenden sich Menschen oft ihren kollektiven kulturspezifischen Bewältigungsstrategien zu, um Sicherheit zu finden, weswegen das Schaffen kulturell vertrauter und sicherer Orte wichtig ist, um Geflüchtete im Umgang mit psychisch belastenden Situationen und Krisen zu unterstützen (Hassan et al., 2016). Die Bedeutung traditioneller, kulturell verankerter Heilmethoden sollte nicht unterschätzt werden. Sofern sie den Patient*innen oder dem Therapieverlauf nicht schaden, sollten sie als komplementäre Behandlungen geschätzt werden (Kirmayer, 2013).

Angebote für aus Syrien geflüchtete Frauen sollten darauf abzielen, ihre Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit zu fördern sowie soziale Netzwerke innerhalb der Community zu stärken (Boswall & Akash, 2015). Bei der Gestaltung solcher Angebote ist es wichtig, ein hohes Maß an kultureller Sensibilität zu wahren, um sie adäquat auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abzustimmen (Boswall & Akash, 2015). Syrische Frauen müssen sich sicher fühlen, über ihre Erfahrungen sprechen zu können, ohne Angst vor Stigmatisierung oder der Sorge, dass ihnen ihre Erfahrungen abgesprochen werden. Hier sind verschiedene Ebenen der Unterstützung wichtig, wie sensibilisiertes Gesundheitspersonal, aber auch spezifisch für Frauen gestaltete Räume oder Online-Hilfsangebote (International Rescue Committee, 2014). Als ein Verbesserungsvorschlag sozialer Unterstützungsangebote für aus Syrien geflüchtete Frauen wurden frauengeführte oder kulturhomogene Angebote genannt (Agha et al., 2024). Auch wäre es wichtig zeitnah nach der Flucht und Ankunft am neuen Wohnort soziale Gemeinschaftsangebote zu kreieren, um Vereinsamung und Isolation entgegenzuwirken (Agha et al., 2024). Das soziale Netzwerk zu stärken, den Austausch über erlebte Probleme zu fördern und gemeinsam positive Bewältigungsstrategien zu erlernen kann Menschen zu einem besseren psychologischen Wohlbefinden behelfen (Hassan et al., 2016). Psychosoziale Unterstützungsangebote sollten an die Ressourcen von Geflüchteten anknüpfen und Selbstwirksamkeit stärken (Atari-Khan et al., 2021). Interkulturelles Verständnis ist hier essentiell, da Resilienz und Ressourcen für syrische Frauen anders gestaltet sein können als das „westliche“ Verständnis von Resilienz und Unterstützung (Atari-Khan et al., 2021). Um das interkulturelle Verständnis zu erweitern, sind Forschungen wie die dieser Masterarbeit zugrundeliegende Studie notwendig.

1.7. Relevanz und Ziel der Masterarbeit

Nach aktuellem Forschungsstand zeigen syrische Geflüchtete sowohl wissenschaftlich fundierte als auch kulturell und individuell geprägte Krankheitskonzepte psychischer Störungen wie Depressionen. Die Befunde sind heterogen, sowohl bezogen auf die vorliegenden Krankheitskonzepte als auch bezüglich der bestehenden Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote. Die Literatur weist insbesondere auf die Rolle von Stigmatisierung und Scham als hohe Barriere für syrische Geflüchtete hin, während die Literatur zu strukturellen Barrieren, sowie weiteren kulturellen und geflüchteten-spezifischen Barrieren uneinheitlich ist. Weibliche syrische Geflüchtete sind zusätzlichen geschlechtsspezifischen Stressoren ausgesetzt, dennoch fehlt es in Österreich bislang an Studien, die ihre Perspektiven und Bedürfnisse gezielt untersuchen.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Krankheitskonzepte von Depressionen bei in Österreich lebenden weiblichen syrischen Geflüchteten qualitativ zu erheben und dadurch besser zu verstehen. Zudem sollen ihr Wissen über psychosoziale Hilfsangebote sowie ihre Einstellungen gegenüber solchen Angeboten untersucht werden. Es soll ein Einblick in und Verständnis für die bestehenden Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für weibliche syrische Geflüchtete in Österreich gewonnen werden.

Im Rahmen interkultureller Forschung bietet ein qualitativer Ansatz wichtige Einblicke in andere kulturelle Kontexte und trägt zu einem tieferen und umfangreicheren Verständnis bei (Karasz & Singelis, 2009). Das gewählte qualitative Forschungsdesign erlaubt die Erhebung subjektiver Perspektiven, wobei die Studienteilnehmerinnen ihre Gedanken in eigenen Worten formulieren können, sowie neue, bislang unerforschte Aspekte einbringen können (Karasz & Singelis, 2009). Dieses Wissen zu erlangen ist relevant, um bestehende psychosoziale Hilfsangebote zukünftig gezielt an die Bedürfnisse weiblicher syrischer Geflüchteter anzupassen und zu verbessern, sowie neue psychosoziale Angebote zu entwickeln, die die Bedürfnisse von weiblichen syrischen Geflüchteten aktiv in eine kultur- und geschlechtssensible Gestaltung einbeziehen. Aus diesem Forschungsinteresse ergeben sich die folgenden Fragestellungen und Hypothesen.

1.8. Fragestellungen

1. Welche Krankheitskonzepte von Depressionen zeigen weibliche syrische Geflüchtete?
2. Welches Wissen über bestehende psychosoziale Hilfsangebote weisen weibliche syrische Geflüchtete auf? Was sind Befürchtungen oder Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote?

1.9. Hypothesen

1. Weibliche syrische Geflüchtete zeigen teilweise wissenschaftlich fundierte und teilweise alternative kulturell und individuell geprägte Krankheitskonzepte von Depressionen.
2. Weibliche syrische Geflüchtete weisen einen geringen Wissensstand über verfügbare psychosoziale Hilfsangebote in Österreich auf. Barrieren bestehen vor allem in der Angst vor Stigmatisierung und Scham gegenüber dem sozialen Umfeld, in negativen Einstellungen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten, in der Angst vor Unwissenheit oder Unverständnis der Behandler*innen gegenüber der syrischen Kultur, in der (erwarteten) Sprache der Angebote sowie in langen Wartezeiten.

2. Methode

2.1. Studiendesign

Die Masterarbeit wird im Rahmen des Dissertationsprojektes “Targeting the mental health of asylum seekers in Austria” (MHAS) von Rojan Amini-Nejad unter der Leitung von Privatdozentin Dipl.-Psych. Dr. Dr. Ricarda Nater-Mewes, an der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Psychologischen Fakultät der Universität Wien durchgeführt. Die MHAS-Studie ist mit einem quantitativen Teil in Form einer Fragebogenbatterie und einem qualitativen Teil in Form von Fokusgruppen als Mixed-Methods-Design gestaltet. Ziel ist es, in der Population der syrischen Geflüchteten die psychischen Bedürfnisse, den subjektiven Wissensstand über mögliche psychische Folgen von Flucht und Migration sowie das Wissen über zugängliche psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten in Österreich zu erheben.

Der Schwerpunkt dieser Masterarbeit liegt auf der Auswertung einer Fokusgruppe mit weiblichen syrischen Geflüchteten. Die Fokusgruppe dauerte 90 Minuten, fand mit $N = 4$ Teilnehmerinnen statt und wurde mit der Unterstützung einer Dolmetscherin durchgeführt. Die Fokusgruppe wurde nach Einholung der Einverständniserklärung aller Teilnehmerinnen auditiv aufgezeichnet und transkribiert, um Datenverluste zu verhindern.

2.2. Stichprobe

Die Zielgruppe für die Fokusgruppe waren weibliche syrische Geflüchtete zwischen 18 und 65 Jahren. Die maximale Aufenthaltsdauer in Österreich betrug 36 Monate. Es wurden Personen mit akuten psychotischen und/oder manischen Symptomen sowie akuter Suizidalität ausgeschlossen, da diese Personen therapeutische Unterstützung benötigen.

Die Teilnehmerinnen wurden durch Besuche des Projekts „Garten der Begegnung“ in Traiskirchen (Niederösterreich) sowie mittels Flyern in Deutschkurszentren, Asylzentren und im öffentlichen Raum in Wien rekrutiert. Es wurden außerdem Teilnehmerinnen kontaktiert, die an früheren Fragebogenstudien des Projektes teilgenommen haben und der Kontaktaufnahme für weitere Studien zugestimmt hatten. Der Rekrutierungszeitraum war von Juni 2024 bis November 2024.

2.3. Studienablauf und Erhebungsinstrument

Die Fokusgruppe fand am 24.11.2024 in der Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz der Universität Wien statt. Die vier Teilnehmerinnen, die Studienleiterin Rojan Amini-Nejad und die Dolmetscherin waren anwesend. Zunächst wurden die Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie in arabischer und deutscher Form ausgehändigt. Nach Abklärung offener Fragen und Einwilligung aller Teilnehmerinnen wurde die Audioaufnahme gestartet und die Fokusgruppendifkussion begonnen. Nach vollständiger Teilnahme erhielten die Teilnehmerinnen jeweils eine Aufwandsentschädigung von 30€.

Zu Beginn wurde eine Fallvignette in arabischer Sprache mit den Beschreibungen einer Person mit depressiver Symptomatik vorgestellt. Die Fallvignette und der semi-strukturierte Interviewleitfaden orientieren sich an Subedi et al. (2015). Bei sensiblen Themen wie psychischer Gesundheit mit Fallvignetten zu arbeiten, anstatt die Teilnehmerinnen direkt nach ihren eigenen Erfahrungen zu fragen, kann hilfreich sein, um eine Distanz zwischen Fallvignette und Person herzustellen und so trotz der Sensibilität des Themas einen Zugang zu den Krankheitskonzepten der Teilnehmerinnen zu bekommen (Kandemir & Budd, 2018).

Die fiktive Fallvignette beschreibt eine Person mit depressiver Symptomatik, angelehnt an die Diagnosekriterien für Depressionen der Klassifikationssysteme psychischer Störungen DSM 5 und ICD 10. Die Symptome umfassen seit mehreren Wochen anhaltende Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenslosigkeit, Grübeln, Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Gewichtsverlust und Suizidgedanken. Die Beschreibung der Person ist genderneutral.

Krankheitskonzepte, Hilfesuchverhalten, Wissen über psychosoziale Versorgungs- und psychologische Behandlungsangebote sowie Barrieren bei der Inanspruchnahme dieser Angebote wurden anhand dieser Fallvignette mittels eines semi-strukturierten Interviewleitfadens im offenen Fragenformat erfragt. Die Fragen des semi-strukturierten Interviews sind in die drei Cluster unterteilt: „Illness Perception“, „Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote“ und „Psychosoziale Versorgung“. Das Cluster „Illness Perception“ erfragt die bei den Teilnehmerinnen vorliegenden Krankheitskonzepte von Depressionen, während das zweite Cluster „Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote“ das Hilfesuchverhalten bei einer vorliegenden psychischen Störung erhebt. Im letzten Cluster "Psychosoziale Versorgung" geht es um die Erfassung der Bedürfnislage und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung. Psychosoziale Angebote wurden seitens der Interviewleitung definiert als Unterstützungsleistungen, die darauf abzielen das

psychische Wohlbefinden zu steigern. Neben psychologischer Hilfe, beinhaltet psychosoziale Versorgung auch andere soziale Angebote, wie beispielsweise gemeinsames Kochen, Sport oder Sprachkurse. Die Fragen des semi-strukturierten Interviews sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1

Semi-strukturierter Interviewleitfaden

Cluster	Fragen
1. Illness Perception	„Was, wenn überhaupt vorhanden, ist das Problem?“ „Wie würden Sie das Problem bezeichnen?“ „Hat diese Person eine Krankheit? Wenn ja, welche?“ „Was verstehen Sie unter ‚seelische Erkrankung‘/ ‚psychische Erkrankung‘?“ „Haben Sie Verständnis für den Zustand der Person?“ „Wie schwerwiegend ist das Problem der Person?“ „Was sind mögliche Gründe für ihr Befinden?“ „Welche Konsequenzen können mit dem Problem einhergehen?“ „Welche Auswirkungen hat das Problem auf das Leben in der Community?“
2. Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote	„Was kann diese Person selbst tun, damit es ihr besser geht?“ „Wo sollte sich diese Person Ihrer Meinung nach Hilfe suchen?“ „Wie kann eine Behandlung aussehen? Wäre sie wirksam?“ „Wie würde eine traditionelle Behandlung in Ihrem Heimatland aussehen?“ Falls nicht erwähnt: Option psychologischer Hilfe erwähnen u. definieren. „Was spricht für die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe?“

„Was spricht gegen die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe?“

„Was passiert, wenn diese Person sich nicht in Behandlung begibt?“

Falls nicht erwähnt: „Welche Rolle spielt Religion bei solchen Beschwerden?“

3. Psychosoziale Versorgung

„Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit psychosozialen Angeboten in Österreich gemacht?“

„Wie gut fühlen Sie persönlich sich in Bezug auf psychosoziale Bedürfnisse von staatlicher Seite versorgt?“

„Welche psychosozialen Bedürfnisse geflüchteter Personen werden von staatlichen Services derzeit nicht ausreichend beachtet?“

Mögliche Nachfrage: „Welche weiteren Maßnahmen wünschen Sie sich?“

Psychologische Hilfe wird während des Interviews durch die Studienleitung definiert. Die Definition wurde dem „Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services“ (Mackenzie et al., 2004) entnommen und lautet:

„Dabei handelt es sich um Verfahren zur Linderung von psychischen Beschwerden, die von einem Psychologen (Psychotherapeut) oder Arzt (Psychiater und Psychotherapeut) durchgeführt werden. Unter dem Begriff ‚psychische Beschwerden‘ werden emotionale und zwischenmenschliche Schwierigkeiten, persönliche Sorgen, Ängste, anhaltende Traurigkeit und Energielosigkeit, körperliche Beschwerden, für die sich keine medizinische Ursache findet, und Ähnliches verstanden. Unter dem Begriff ‚professionelle Hilfe‘ werden hier Psychotherapeut/innen oder Psychiater/innen verstanden.“

2.4. Auswertung

Die Erkenntnisse aus der qualitativen Befragung wurden im Rahmen dieser Masterarbeit ausgewertet, um zu verstehen, welche Krankheitskonzepte für die psychische Störung Depression weibliche syrische Geflüchtete zeigen, wie viel Wissen sie über

bestehende psychosoziale Hilfsangebote haben und wo Barrieren bei der Inanspruchnahme dieser Angebote liegen.

Die Inhalte wurden mit der thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2006) strukturiert, ausgewertet und interpretiert. Die Analyse der qualitativen Daten erfolgte in erster Linie als theoretische thematische Analyse, da Vorannahmen und Erwartungen auf Basis der Literatur bestanden. Gleichzeitig sollte kein starrer Rahmen vorgegeben werden, der keine bisher unbekannten Themen zulässt, sondern auch Raum für das Kennenlernen und Einordnen neuer Perspektiven der Teilnehmerinnen gegeben werden. Der Analyse lag eine konstruktivistische Perspektive zugrunde, da von starken soziokulturellen Einflüssen auf die Erfahrungen und Perspektiven der Teilnehmerinnen ausgegangen wird. Aus diesem Grund wurde die latente thematische Analyse gewählt, da die Aussagen als Ausdruck der zugrunde liegenden Überzeugungen und Weltbilder betrachtet werden.

Durch wiederholtes Lesen des Transkripts wurden für die Forschungsfrage relevante Textabschnitte identifiziert, thematisch strukturiert und in Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorien wurden in einem Codesystem benannt und nachfolgenden definiert. Für die Transkription der Audiodatei der Fokusgruppe und zur Unterstützung der Datenanalyse und Codierung wurde die Software MAXQDA 24 genutzt. Die Teilnehmerinnen wurden mit TN abgekürzt und ihre Aussagen mit den numerischen Kürzeln 94, 95, 96 und 97 verknüpft. Dadurch wurde bei Wahrung der Anonymität eine Zuordnung verschiedener Aussagen zur selben Person ermöglicht.

Die Erkenntnisse aus der Fokusgruppe weiblicher syrischer Geflüchteter wurden explorativ mit den Erkenntnissen aus einer Fokusgruppe mit männlichen syrischen Geflüchteten (Pleva, 2023), die ebenfalls im Rahmen des MHAS-Projekts durchgeführt wurde, verglichen, um geschlechtsspezifische Unterschiede besser zu verstehen.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die deskriptiven und inhaltlichen Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion mit weiblichen syrischen Geflüchteten dargestellt. Die Hauptkategorien sind an die Fragestellungen angelehnt und sind inklusive ihrer Subkategorien aus Tabelle 1 zu entnehmen. Die Subkategorien der Krankheitskonzepte von Depressionen wurden in Anlehnung an das Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM) von Leventhal et al. (2016) konzipiert.

Tabelle 2

Codesystem der Fokusgruppendifkussion mit weiblichen syrischen Geflüchteten

Hauptkategorie	Subkategorien
1. Krankheitskonzepte Depression	1.1. Definition der Symptome als Krankheit oder Störung 1.2. Ursachenzuschreibung 1.2.1. Zugrundliegendes Problem 1.2.2. Persönlichkeit der Person 1.2.3. Druck durch die Familie 1.2.4. Wertlosigkeit, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit 1.2.5. Postmigrationsstressoren 1.2.6. Verluste 1.3. Konsequenz der Störung & Auswirkung keiner Behandlung 1.3.1. Gesellschaftliches Leben 1.3.2. Verschlechterung des Zustandes und Suizid
2. Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen	2.1. Informelle Behandlungsmethoden 2.1.1. Hilfe durch vertraute Person/Familie 2.1.2. Religion als Stütze 2.1.3. Individuelle Bewältigungsstrategien 2.2. Formelle psychosoziale Behandlungsmethoden

	2.2.1. Gesprächstherapie mit Psychiater*in
	2.2.2. Psychopharmaka-Behandlung
	2.3. Vorteile der Inanspruchnahme formeller Behandlung
	2.3.1. Wirksamkeit
	2.3.2. Absolute Verschwiegenheit
	2.3.3. Professionalität
	2.3.4. Linderung der Beschwerden und Verhindern von Suizid
	2.3.5. In Österreich normalisiert
	2.4. Eigene Erfahrungen mit psychischen Störungen & psychosozialen Hilfsangeboten
Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote & Wünsche nach Verbesserung	3.1. Angst vor Stigmatisierung
	3.1.1. Soziale Isolation
	3.1.2. Nicht ernstgenommen werden
	3.2. Wirkungslosigkeit medikamentöser Behandlung
	3.3. Wünsche nach Verbesserung
	3.3.1. Schnellere Asylprozesse
	3.3.2. Mehr Sicherheit vor Abschiebung
	3.3.3. Mehr Deutschkurse

3.1. Deskriptive Stichprobe

An der Fokusgruppe nahmen insgesamt $N = 4$ Teilnehmerinnen teil. Zwei weitere angemeldete Personen sind zum Termin nicht erschienen. Alle anwesenden Frauen gaben an, syrischer Herkunft und muslimischen Glaubens zu sein. Alle Teilnehmerinnen trugen bei der Fokusgruppendifkussion ein Kopftuch. Zum Zeitpunkt der Fokusgruppendifkussion befanden sich drei der vier Teilnehmerinnen in einem laufenden Asylverfahren, eine Teilnehmerin verfügte über subsidiären Schutz. Die Aufenthaltsdauer der Frauen in Österreich lag zwischen 6 und 36 Monaten. Zwei der Frauen lebten allein, eine mit ihrem Ehemann, eine weitere mit Ehemann und Kind. Die Altersspanne der Teilnehmerinnen reichte von 20 bis 39 Jahren.

3.2. Thema 1: Krankheitskonzepte von Depressionen

Die Erkenntnisse aus den Inhalten, die sich auf die in der Stichprobe vorliegenden Krankheitskonzepte von Depressionen beziehen, werden für die erste Fragestellung: „Welche Krankheitskonzepte von Depressionen zeigen weibliche syrische Geflüchtete?“ ausgewertet.

Definition der Symptome als Krankheit oder Störung

Die Symptome der Fallvignette werden von einer Teilnehmerin (TN 96) als „psychisch krank“ eingeordnet. Die Person spezifiziert die Einordnung und argumentiert mit der anhaltenden Dauer.

„Wenn es wirklich ein kleines Problem wäre, wäre es nur für ein paar Tage, aber weil es von langer Dauer ist, heißt das, dass es eine richtige psychische Erkrankung ist.“
(TN 96)

Auf Nachfrage, was sie unter einer psychischen Erkrankung versteht, sagt sie:

„Große Probleme, Depressionen und Einsamkeit.“ (TN 96)

TN 96 ist die einzige Teilnehmerin, die die beschriebenen Symptome als Depression einordnet. Von den anderen Teilnehmerinnen wird die Definition als psychische Störung oder Depression vermieden, jedoch wird anerkannt, dass es ein Problem gibt, unter dem die betroffene Person leidet. Über die in der Fallvignette beschriebenen Symptome hinaus wird das Problem als Hoffnungslosigkeit und als Vorliegen eines nicht zu lösenden Problems beschrieben. Ob der Grund für die Unlösbarkeit des Problems in der mangelnden Fähigkeit der Person oder in der Größe des Problems liegt, ist uneindeutig. Auch beschreibt eine Teilnehmerin die Symptome als Verlust von Rationalität, Urteilskraft und der Fähigkeit Entscheidungen zu treffen.

„Das ist keine psychische Erkrankung.“ (TN 97)

„Er hat ein Problem, das er nicht lösen kann.“ (TN 95)

„Er hat keine Hoffnung mehr. (...) Er verliert die Fähigkeit richtig und falsch voneinander zu erkennen, er weiß dann nicht, was sind richtige Entscheidungen und kann keine richtigen Entscheidungen treffen.“ (TN 97)

Ursachenzuschreibung

Mehrere Teilnehmerinnen beschreiben verschiedene Auslöser und Ursachen für die Entwicklung der Symptome, die in der Fallvignette beschrieben werden. Von TN 96 wird betont, dass psychische Störungen nicht grundlos auftreten.

„Psychische Erkrankungen kommen immer wegen einem Problem, sie fangen immer mit einem Problem an. (...) Die kommen nicht aus dem nichts, sie haben immer eine Ursache, ein Problem als Ursache.“ (TN 96)

Ursachen für die psychische Störung werden von vielen Teilnehmerinnen in Verlust verortet, der zu einem Leiden bei der Person führt. Zum einen im Verlust von Menschen, die einer Person wichtig waren, jedoch auch im Verlust von Leidenschaft, Möglichkeiten und Sinn.

„Es geht darum, dass, wenn man das, was einem am wichtigsten ist verliert, dann verliert man alles. Zum Beispiel bei einem Tänzer, wenn er sein Bein nicht mehr richtig bewegen kann, dann verliert er alles, weil tanzen für ihn alles ist. (...) Er hat irgendwas verloren, das kann seine Familie sein, seine Gesundheit, oder irgendwas, was er verloren hat, dann leidet er darunter.“ (TN 96)

„Er hat wahrscheinlich Leute, die er liebt, verloren und er findet da keine Tür mehr oder keinen Weg da rauszukommen, deshalb ist Suizid eine Lösung.“ (TN 97)

Eine Teilnehmerin argumentiert, dass verschiedene Persönlichkeiten unterschiedlich resilient sind und demnach Problemen standhalten können oder nicht.

„Es geht auch um Persönlichkeit, manche Persönlichkeiten können das bekämpfen und manche schaffen es nicht, das zu bekämpfen.“ (TN 95)

Gründe für das in der Fallvignette beschriebene Empfinden vermuten die Teilnehmerinnen außerdem in Gefühlen von Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit. Auch der Selbstwert und der Wert einer Person in und für die Gesellschaft, in der sie lebt, sowie das Gefühl alles falsch zu machen werden thematisiert. Dieser Ansicht nach definiert sich der Wert eines Menschen von außen, durch sein soziales Umfeld und seine Rolle in der Gesellschaft.

„Er hat Hoffnung verloren.“ (TN 95)

„Er fühlt sich nicht wichtig als Mensch, als Mensch bedeutet seine Existenz nichts, nichts für ihn und nichts für die Gesellschaft.“ (TN 96)

„Das Gefühl, dass er nichts machen kann, nichts mehr richtig machen kann oder irgendwas reparieren kann, kann dazu führen, dass er jetzt nicht mehr leben will.“ (TN 97)

„Es ist wegen Einsamkeit.“ (TN 96)

Als weitere Ursache für das Empfinden der Person nennen zwei Teilnehmerinnen Druck durch die Familie. Der Familie wird ein hohes Maß an Kontrolle und Einfluss auf die Person zugeschrieben, was den persönlichen Stellenwert der Familie und ihrer Ansichten betont. Hoher Leistungsdruck beispielsweise in Form studentischer Leistungen und bei mangelnder Erfüllung der Erwartungen Enttäuschung seitens der Familie, stellen eine große Belastung für die Teilnehmerinnen dar. Kritik und Abwertung durch die Familie werden als Auslöser für psychische Belastung und psychische Störungen gesehen.

„Die Familie spielt eine wichtige Rolle, manchmal drückt die Familie den Mensch viel zu viel, dass die Familie dann wirklich die Kontrolle hat. Dass die immer der Person sagen, dass sie nichts ist oder sie keine Bedeutung hat, dass sie kein gutes Leben hat und das hat eine starke Auswirkung auf die Person.“ (TN 96)

„Wenn andere Menschen jemandem sagen, dass er nichts ist oder, dass er nichts bedeutet ist das nicht so wichtig, wie wenn die Familie das sagt. Wenn die Familie das sagt, dann wird das zu einer psychischen Erkrankung.“ (TN 97)

„Wenn die Familien so viel von den Studenten denken, oder so viel Hoffnung haben, dass die Studenten irgendwann irgendwas Großes machen oder irgendwas Wichtiges schaffen und dann die Studenten das nicht schaffen können, oder die Kinder, die Studenten sind, das nicht schaffen können, dann werden sie eine Enttäuschung für die Familie und das kann auch dazu führen.“ (TN 97)

Mehrere Teilnehmerinnen zeigen Verständnis für das erlebte Problem der Person. TN 95 hat ähnliche Gefühle, insbesondere Einsamkeit in Folge der Trennung von ihrer Familie vor der Flucht, erlebt und kann dementsprechend die beschriebenen Symptome

nachvollziehen. TN 94 zeigt ebenfalls Verständnis, betont jedoch, Suizid als Lösung kategorisch abzulehnen.

„Ich verstehe das, aber nur zu dem Punkt ohne Suizid.“ (TN 94)

„Ich habe solche oder so ähnliche Gefühle erlebt, bevor ich nach Österreich gekommen bin und da habe ich auf meine Familie gewartet, dass sie mich holen. Und die ganze Zeit, in der ich einsam war, habe ich solche Gefühle erlebt.“ (TN 95)

Spezifisch für die Erfahrungen, die geflüchtete Menschen machen, beschreiben die Teilnehmerinnen, wie sie oder Andere auf Grund der Flucht und der erfahrenen Schwierigkeiten in Österreich unter psychischen Belastungen litten und leiden. Rassismuserfahrungen und Diskriminierung z.B. auf Grund des Kopftuches, spiegeln eine erlebte Form der Isolation und des Andersseins im Gegensatz zur österreichischen Allgemeinbevölkerung wider. Die Teilnehmerinnen sprechen auch über den Druck Deutsch zu lernen und von Frustration über bürokratische Hürden im Ablauf des Asylprozesses. Lange Wartezeiten, die Sorge vor einer Ablehnung des Asylantrags und die Angst, nach Syrien zurückkehren zu müssen werden hervorgehoben.

„Es gibt auch rassistische und diskriminierende Behandlung gegen Menschen, die ein Kopftuch tragen. Man merkt das, wenn man ein Kopftuch trägt, dann ist das anders. Man fühlt sich anders und man fühlt sich isoliert.“ (TN 96)

„Es gibt sehr viel Druck, dass man Deutsch lernt.“ (TN 95)

„Die Prozesse sind immer viel zu lange, die dauern immer zu lange. Es gibt auch Leute im Camp, die schon zwei Jahre auf eine Antwort warten.“ (TN 96)

„Die Situation hier ist ok, es ist schon gut, aber ich habe Angst, weil die Regierung mir gesagt hat, dass Damaskus jetzt nicht mehr so gefährlich ist und dass man deswegen kein Asyl bekommen wird oder meine Familie kein Asyl bekommen wird und ich habe Angst, dass mein Sohn zurückgeschickt wird. Das ist eine große Angst bei mir. Ich fühle mich jetzt noch immer nicht wohl.“ (TN 94)

Konsequenzen der Störung und Auswirkungen keiner Behandlung

Die Teilnehmerinnen beschreiben, dass die Symptome einer Depression aus der Fallvignette für die betroffene Person negative Auswirkungen auf das Leben in der Gemeinschaft haben, da die Störung im sozialen Umfeld zu Kritik, Isolation und ungewollter Aufmerksamkeit führen kann. Es wird beschrieben, dass sich die Person selbst sozial isoliert, jedoch auch, dass sich Personen aus ihrem sozialen Umfeld von ihr zurückziehen.

„Er wird immer mehr isoliert, keine Freundschaften mehr haben und niemanden mehr sehen wollen.“ (TN 94)

„Dass man immer kritisiert wird. Das spielt eine Rolle.“ (TN 95)

„Das muss immer mit sehr viel Aufmerksamkeit einhergehen. Und man muss wirklich immer darauf achten.“ (TN 97)

Mehrere Teilnehmerinnen sehen es als Gefahr, wenn keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Sie gehen von einer Zuspitzung des Zustandes in Form einer Verschlechterung der Symptome und der Gefahr eines Suizids aus.

„Es wird schlimmer.“ (TN 95 & TN 94)

„Er wird sich isolieren und von allen fernhalten. (...) Er wird nicht mehr lange bei uns bleiben.“ (TN 97)

„Er wird verrückt.“ (TN 96)

Im Hinblick auf die erste Fragestellung lässt sich zusammenfassen, dass die weiblichen syrischen Geflüchteten, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben, ein fundiertes Verständnis darüber besitzen, welche Lebensereignisse und Stressfaktoren negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit einer Person haben können. Dieses Wissen ist sowohl durch kulturelle als auch individuelle Erfahrungen geprägt, was sich besonders in der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema familiärer Druck zeigt. Auch belastende Erfahrungen in Form von Postmigrationsstressoren, wie etwa die Trennung von der Familie, Diskriminierungserfahrungen sowie Sorge um den Asylstatus werden von den Teilnehmerinnen als Ursachen für psychische Belastungen genannt. Was in den genannten Erklärungsansätzen fehlt, sind biologische Faktoren bei der Entstehung von Depressionen,

wie beispielsweise genetische Prädispositionen. Die erste Hypothese kann somit angenommen werden.

3.3. **Thema 2: Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen**

Die Erkenntnisse aus den Themen 2 und 3, die sich auf das Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen, dem Wissen über psychosoziale Hilfsangebote und den Barrieren bei der Inanspruchnahme solcher Angebote beziehen, werden für die Beantwortung der zweiten Fragestellung ausgewertet: „Welches Wissen über bestehende psychosoziale Hilfsangebote weisen weibliche syrische Geflüchtete auf? Was sind Befürchtungen oder Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote?“

Informelle Behandlungsmethoden

Eine Teilnehmerin ist der Meinung, dass die Familie in den meisten Fällen die nötige Unterstützung bieten kann und nur im Notfall professionelle Unterstützung in Anspruch genommen werden sollte. Sie spezifiziert, dass die in der Fallvignette beschriebene Person in erster Linie eine Person braucht, der sie vertrauen kann und mit der sie persönlich eng verbunden ist.

„Sobald die Familie ihm helfen kann, braucht er keine professionelle Hilfe, wenn die Familie schafft, dass es ihm wieder gut geht, braucht er niemanden zu sehen, aber wenn die Familie es nicht schafft, heißt das, dass er jetzt wirklich Hilfe braucht.“ (TN 95)

„Jemand, dem er wirklich vertraut, eine sehr nahestehende Person.“ (TN 95)

Als Formen individueller Bewältigungsstrategien, werden die Stärkung des Selbstvertrauens, Ablenkung, sowie Rückbesinnung auf Positives und Verantwortung gegenüber dem sozialen Umfeld genannt. TN 94 beschreibt aus eigener Erfahrung Schlaf als Form der Bewältigung, da dieser ihr einen Rückzug und Ausgleich zu Alltagsbelastungen bietet.

„Sich vertrauen, mehr an sich glauben.“ (TN 97 & TN 95)

„Sich beschäftigt halten. (...) Schlafen hilft auch viel. Ich schlafe sehr viel, weil da muss ich nicht an Arbeit oder irgendwas anderes denken.“ (TN 94)

„An alles Schöne, was er früher gemacht hat denken.“ (TN 97)

„Immer an die Leute denken, die ihn brauchen und für seine Familie und seine Freunde da zu sein.“ (TN 94)

„Ganz wichtig, sich selbst bestärken. Sich sagen, ich schaffe das, ich kann das machen. Und an sich glauben.“ (TN 96)

Es werden somit verschiedene konkrete individuelle Bewältigungsstrategien für die betroffenen Person beschrieben. Es wird jedoch auch thematisiert, dass die Person für Heilung externe Hilfe benötigt.

„[Das Problem ist] sehr groß. Er muss jetzt jemanden suchen, er muss professionelle Hilfe bekommen.“ (Mehrere TNs)

Auf Nachfrage wird das Thema Religion im Zusammenhang psychischer Störungen besprochen. Die Teilnehmerinnen schätzen Religion als Unterstützung und Hilfe ein. Sie beschreiben, dass der Glaube an einen Plan Gottes Hoffnung auf Besserung und gleichzeitig Sinnhaftigkeit im Leiden gibt. Diesen Glaube erleben die Teilnehmerinnen als Erleichterung und er führt ihrer Meinung nach dazu, dass Menschen sich weniger alleine fühlen. Auch wird Gott auf eine Art personifiziert, als Unterstützer, auf den immer Verlass ist, auch wenn die Unterstützung aller Menschen wegfällt.

„Hauptsächlich wird die Religion helfen.“ (TN 95)

„Vor allem wird die Religion helfen.“ (TN 97)

„Wenn die Leute um dich herum dir nicht mehr zuhören, dann hilft die Idee von Religion und Gott. Einfach, dass Gott dabei ist und dass Gott dir zuhört und dass Gott da ist und dass alles besser wird, weil er da ist.“ (TN 94)

„Es gibt da ein Stück im Koran, wo gesagt wird, dass alles, was passiert, Gottes Plan ist. Und dass alles, was passiert von Gott gewollt ist. Und das gibt Hoffnung.“ (TN 97)

„Man wird dann zufrieden mit dieser Idee.“ (TN 95)

„Hauptsächlich, dass man nicht alleine ist, so hilft das. Und dass man weiß, dass (...) das, was ich hier jetzt erlebe, das ist geplant und es wird dann bald vorbei sein und es ist nicht für nichts.“ (TN 94)

Formelle psychosoziale Behandlungsmethoden

Hilfe suchen sollte sich die Person nach Meinung der Teilnehmerinnen bei einer Person, mit der sie über alles sprechen kann. Die Relevanz einer professionell ausgebildeten Person, auf deren Unterstützung Verlass ist wird betont, wobei das Beispiel eines Psychiaters genannt wird.

„Psychiater oder jemand, der ihm immer zuhören und professionell helfen kann.“ (TN 94)

Eine psychiatrische Behandlung wird als langfristiger Prozess beschrieben, der für die betroffene Person hilfreich und unterstützend ist. Im Fokus stehen für die Teilnehmerinnen die offene und ehrliche Gesprächsmöglichkeit und ein damit einhergehender Beziehungsaufbau mit dem Psychiater. Es wird auch gesagt, dass die Unterstützung durch das soziale Umfeld wichtig ist, damit die Person den Prozess nicht abbricht und die Termine der psychosozialen Behandlung einhält.

„Dass er immer wieder mit dem Arzt Gespräche hat und dass ihm wirklich zugehört wird und [er] wirklich Unterstützung von dem Arzt hat. Und, dass seine Familie und seine Freunde ihn immer unterstützen, dass er weiter zu dem Arzt geht.“ (TN 94)

„Dass die Person zu dem Psychiater geht, aber dass das wirklich lange dauert, bis die Person sich öffnen kann und bis er wirklich über sich reden kann, das dauert immer Zeit.“ (TN 97)

Vorteile der Inanspruchnahme formeller Hilfe

Laut den Teilnehmerinnen liegt ein Vorteil psychosozialer Hilfsangebote darin, dass von absoluter Verschwiegenheit ausgegangen werden kann, die sonst bei keiner Person in dieser Form gegeben ist. Die berufliche Verpflichtung zur Vertraulichkeit bietet eine Sicherheit, die bei Privatpersonen nicht gewährleistet ist.

„Es gibt wirklich Sachen, die man wirklich niemandem, niemandem außer dem Psychiater erzählen kann.“ (TN 95)

„Man braucht wirklich den Psychiater, weil es diese Sachen gibt, die man mit sonst niemandem bereden kann.“ (TN 95)

„Ich glaube, es ist besser zu einem Psychiater zu gehen als zu einer nahestehenden Person, weil so kann man wirklich dem Psychiater vertrauen, dass er niemandem was erzählt.“ (TN 96)

„Es ist anders, wenn wir wissen, dass der Mensch das professionell macht. Das heißt, dass der Psychiater das als eine professionelle Beschäftigung macht und so können wir ihm besser vertrauen.“ (TN 97)

Nach der Definition psychosozialer Hilfe (Mackenzie et al., 2004) durch die Studienleitung werden weitere Argumente für die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe genannt. Vorteile werden darin gesehen, dass die Person ausgebildet ist und weiß, wie sie helfen kann und somit die depressive Person unterstützen und Suizid-Prävention leisten kann.

„Der Psychiater ist professionell. Er weiß, was er sagen soll und was er nicht sagen soll, um das nicht zu verschlimmern.“ (TN 97)

„Dass er weiß, dass er mit dem richtigen Mensch redet. Der Arzt weiß, was er meint, worüber er redet. Er kann richtige Tipps geben und ihm wirklich da helfen, wo er Hilfe braucht.“ (TN 94)

„Hauptsächlich, dass er mehr Energie bekommt durch Psychiater-Besuche.“ (TN 96)

„Den Menschen zu stärken und zu vermeiden, dass er Suizid begeht.“ (TN 96)

Der Betreuung durch Psychiater*innen wird auf Grund ihrer medizinischen Ausbildung mehr Vertrauen geschenkt als der Beratung durch Laien. Die Teilnehmerinnen erkennen hier deutlich die Relevanz formeller Hilfsangebote. Möglicherweise besteht die Befürchtung, dass sie selbst oder Personen aus dem sozialen Umfeld bei dem Versuch, Unterstützung zu leisten, eher Dinge sagen, die die Situation verschlimmern.

Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe weisen Wissen darüber auf, wie eine formelle Behandlung durch einen Psychiater aussehen würde. Sie stimmen darin überein, dass

eine formelle Behandlung wirksam ist, um eine psychische Störung zu behandeln. Die Teilnehmerinnen zeigen positive Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung, insbesondere auf Grund der absoluten Verschwiegenheit und Professionalität dieser Behandlungsform. Sie betonen jedoch auch die Bedeutung informeller Hilfe in Form von familiärer Unterstützung und des Glaubens als Stütze.

3.4. Thema 3: Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote

Angst vor Stigmatisierung

Die Teilnehmerinnen nennen jedoch auch Aspekte, die gegen die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfe sprechen. So äußern sie Bedenken, betreffend der Stigmatisierung durch das soziale Umfeld und der damit einhergehenden Isolation der betroffenen Person, sowie Sorge um die Auswirkungen auf den sozialen Status. TN 97 geht davon aus, dass die soziale Isolation so stark ausgeprägt sein kann, dass andere Menschen den Kontakt zu einer betroffenen Person vollständig meiden.

„Dass es gesellschaftlich nicht gut aussieht, wenn man zu einem Psychiater geht.“
(TN 95)

„Was die anderen von dem Menschen denken, was da rüberkommt.“ (TN 96 & TN 94)

„Wenn das zum Beispiel in der Schule vorkommt, dass jemand psychische Erkrankungen hat und die Leute das erfahren, dann ist das normalerweise der Fall, dass sie sich dann von ihm fernhalten wollen. Niemand will mit ihm sprechen, niemand will mit ihm befreundet sein und das kann seine Situation schlimmer machen.“ (TN 97)

Eine Teilnehmerin erzählt aus ihrer eigenen Erfahrung, dass sie auf Grund ihrer psychischen Störung und der Einnahme von Psychopharmaka Stigmatisierung durch ihren Mann erlebt hat, der ihre Meinung seit ihrer Diagnose und Behandlung nicht mehr ernst nimmt. Sie leidet unter dem ihr zugeschriebenen Status der „Verrückten“ und der erlebten Abwertung.

„Mein Mann meint immer zu mir [...] ‚Du kannst jetzt wieder deine Medikamente nehmen.‘ Er will damit ausdrücken, dass ich verrückt bin oder, dass meine Meinung

nicht wichtig ist. Und das fühlt sich nicht gut an, dass man nicht ernst genommen wird.“ (TN 94)

„Es ist wirklich der Fall, dass der Mensch nicht mehr ernst genommen wird. Das heißt, er wird wirklich als verrückt identifiziert und alles, was man fühlt und was man sagen will, fällt unter die Kategorie ‚Du kannst aber nichts sagen, weil es dir nicht gut geht‘. Deshalb wollen die Leute das dann nicht.“ (TN 94)

Die Teilnehmerinnen berichten, dass in Syrien die Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung sehr schambehaftet und auf Grund dessen wenig verbreitet ist. Sie bewerten diese kulturelle Abwertung psychisch kranker Menschen und die damit einhergehende mangelnde Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote als nicht mehr zeitgemäß und kritisieren diese in Syrien vorherrschenden Normen. In Österreich nehmen sie das Thema psychischer Störungen als normalisierter war.

„Die Gesellschaft wo wir zu Hause sind ist sehr anders als hier. Hier hat man das Gefühl, dass solche Probleme einfach sehr oft vorkommen.“ (TN 96)

„Das ist einfach die Denkweise der [unserer] Gesellschaft, die falsch ist. Veraltet.“ (TN 96)

„Es gibt schon Psychiater und Psychologen.“ (TN 96)

„Ja, aber niemand geht da hin.“ (TN 94)

„Auch wenn sie hingehen, sagen sie niemandem, dass sie da hingehen.“ (TN 96)

Wirkungslosigkeit medikamentöser Behandlung

Eine Teilnehmerin erzählt von einer Freundin, deren psychische Störung mit Psychopharmaka behandelt wurde und bei der trotz mehrfach erhöhter Dosis keine Symptomlinderung eintrat.

„Dann haben die sie zum Psychiater gebracht, aber sie hat dann immer mehr Medikamente bekommen, aber nichts ist besser geworden und das ist manchmal auch nicht hilfreich.“ (TN 96)

Eine andere Teilnehmerin berichtet von ihrer eigenen Psychopharmaka-Behandlung und, dass diese zwar in der Symptombehandlung wirksam sei, jedoch keine Ursachenbehandlung darstellt und bei ihr zu einem Gefühl von Gleichgültigkeit führt.

„Mit Medikamenten hab ich auch gemerkt, dass es vor den Medikamenten überwältigend und alles sehr groß war, aber danach ist das dann besser und weniger geworden. Ich merke aber, dass es nicht weg ist, sondern nur meine Einstellung ist jetzt so ‚es ist mir jetzt egal‘ quasi.“ (TN 94)

Eigene Erfahrungen mit psychischen Störungen und psychosozialen Hilfsangeboten

Bezogen auf eigene Erfahrungen mit psychischen Störungen und dem österreichischen Gesundheitssystem schildert eine Teilnehmerin, dass ihr Sohn nach der Flucht und Ankunft in Österreich eine Depression entwickelt hat. Sie beschreibt für Depressionen typische Symptome wie sozialen Rückzug und Antriebslosigkeit.

„Wo wir nach Österreich gekommen sind, hat mein Sohn eine Depression bekommen, hatte diese depressive Episode, wo er nicht mit Leuten reden wollte, nichts machen wollte. Er wollte isoliert und für sich bleiben.“ (TN 94)

Sie gibt an, dass sie für ihn da war, jedoch aktiv keine Behandlung stattgefunden hat und sich seine Symptome dennoch verbessert haben. Außerdem beschreibt sie, dass ihr Sohn ein Zugehörigkeitsgefühl entwickelt und sozialen Anschluss in Österreich gefunden hat.

„Als seine Mutter habe ich das sicherlich bemerkt, aber ich hab dann gesehen, das ist ok, wenn ich ihn erstmal lasse und ich weiß, dass er das jetzt erlebt, aber ich bin eh dabei und ich hab einfach gewartet und ihm ist es dann auch besser gegangen. Er hat hier Freunde gefunden und auch Heimat hier gefunden.“ (TN 94)

Die gleiche Teilnehmerin berichtet auch von einer eigenen psychischen Störung. Sie erläutert nicht um welche Form von Störung es sich handelt, jedoch, dass die verschriebenen Medikamente ihr mit ihrem Leidensdruck geholfen haben. TN 94 beschreibt, dass Sie sich auf Grund körperlicher Gesundheitsprobleme in ärztliche Behandlung begeben hat und durch den Arzt mitgeteilt bekommen hat, dass ihre Symptome psychisch bedingt sind. Durch die Medikamenteneinnahme erlangte sie eine Linderung der Symptome, jedoch beschreibt sie

diese mit einer erworbenen Gleichgültigkeit und keiner Heilung des zugrundeliegenden psychischen Problems.

„[Mir ging es] gesundheitlich auch körperlich nicht gut, deshalb bin ich zum Arzt und der Arzt hat mir gesagt, dass das eigentlich psychisch ist. Und dann habe ich dafür Medikamente bekommen, aber seitdem ich Medikamente bekomme, geht es mir etwas besser. (...) Ich merke aber, dass es nicht weg ist, sondern nur meine Einstellung ist jetzt so „es ist mir jetzt egal“ quasi.“ (TN 94)

Eine weitere Teilnehmerin beschreibt, dass sie in einer Asylunterkunft („Camp“) den Suizid einer anderen Person miterlebt hat.

„Ich habe auch so einen Fall gesehen, dass jemand im Camp [Suizid] versucht hat und es auch geschafft hat. Es war auch Polizei dabei, die haben sie weggenommen.“ (TN 96)

TN 96 hat bei einer Freundin miterlebt, dass diese unter psychischen Problemen litt, die Behandlung mit Psychopharmaka ihr jedoch nicht half. Sie schildert, dass die Dosis der Medikamente stetig erhöht wurde, da keine Wirkung eintrat. Die Schilderung spiegelt eine erlebte Frustration über die Nichtwirksamkeit der medikamentösen Behandlung wider.

„Ich habe das alles auch erlebt mit einer Freundin, ihr ist es auch nicht gut gegangen. Sie hat eine psychische Erkrankung und sie war auch im Camp. Und dann hat sie Hilfe bekommen. Dann haben die sie zum Psychiater gebracht, aber sie hat dann immer mehr Medikamente bekommen, aber nichts ist besser geworden und das ist manchmal auch nicht hilfreich.“ (TN 96)

Die Teilnehmerinnen TN 94 und TN 96 berichten sehr offen über ihre eigenen Berührungspunkte mit psychischen Störungen und deren Behandlung. Trotz der berichteten Angst vor der Stigmatisierung psychischer Störungen sprechen sie im Rahmen der Fokusgruppe offen über ihre Erfahrungen. Dies kann als Bruch mit den in Syrien vorherrschenden Normen, psychische Störungen zu verschweigen, gewertet werden.

Wünsche nach Verbesserung

Bezogen auf psychosoziale Hilfsangebote nach der Flucht berichten die Teilnehmerinnen von keinen eigenen Erfahrungen. Eine Teilnehmerin begründet das damit, dass sie erst seit kurzem in Österreich lebt. Sie nennen weder Verbesserungsvorschläge noch unerfüllte Bedürfnisse, die sich auf psychosoziale Hilfsangebote beziehen. Die Teilnehmerinnen wünschen sich von staatlicher Seite allerdings mehr Sicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus, da auf den Asylprozess bezogene Unsicherheit für sie mit psychischer Belastung verbunden ist.

„Nicht mehr uns Angst machen, dass sie uns nach Hause schicken. Weil uns das schlechte Gefühle gibt und es gibt auch die Möglichkeit, dass wir deswegen psychisch erkranken.“ (TN 96)

Auch berichtet eine Teilnehmerin von struktureller Benachteiligung am Arbeitsmarkt auf Grund sprachlicher Barrieren. Sie wünscht sich mehr Angebote Deutsch zu lernen, da dies essentiell für die Teilhabe und Integration in die österreichische Gesellschaft ist. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe adressieren konkret die für sie belastenden Postmigrationsstressoren und verknüpfen sie mit der Entstehung psychischer Störungen.

„Es gibt nicht die Möglichkeit noch Deutschkurse zu machen. Aber ohne Deutsch kann ich mich nicht in die Gesellschaft integrieren. Ich muss einen Job suchen und das geht gar nicht ohne Deutsch.“ (TN 94)

Wie in der zweiten Hypothese angenommen, zeigen die weiblichen syrischen Geflüchteten einen geringen Wissensstand über verfügbare psychosoziale Hilfsangebote in Österreich, was teilweise mit ihrer noch kurzen Aufenthaltsdauer erklärt werden kann. Bezogen auf psychiatrische Behandlung weisen die Teilnehmerinnen Wissen und positive Einstellungen auf. Die größte Barriere bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote stellt wie vermutet die Angst vor Stigmatisierung und Scham gegenüber dem sozialen Umfeld dar. Auch äußern zwei Teilnehmerinnen Zweifel gegenüber der Wirksamkeit medikamentöser Behandlung, welche von persönlichen Erfahrungen mit Psychopharmaka-Behandlung abgeleitet sind. Andere vermutete Barrieren, wie negative Einstellungen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten, Angst vor Unwissenheit oder Unverständnis der Behandler*innen gegenüber der syrischen Kultur, (erwartete) Sprache der Angebote sowie

lange Wartezeiten, werden von den Teilnehmerinnen der Fokusgruppe nicht thematisiert. Die zweite Hypothese wird somit teilweise angenommen und teilweise verworfen.

4. Diskussion

Die Fokusgruppendiskussion mit geflüchteten syrischen Frauen gab tiefgehende Einblicke in ihre Krankheitskonzepte und Wahrnehmungen von Depressionen. Die Teilnehmerinnen zeigten in verschiedenen Bereichen teils übereinstimmende und teils unterschiedliche Perspektiven. Ihre Aussagen spiegelten sowohl die kulturellen und sozialen Kontexte in Syrien wider als auch die Erfahrungen, die sie als geflüchtete Frauen seit der Flucht in ihrem neuen Umfeld in Österreich gemacht haben.

4.1. Krankheitskonzepte von Depressionen

Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe zeigten unterschiedliche Auffassungen darüber, ob die in der Fallvignette beschriebenen Symptome als psychische Störung zu verstehen sind. Nur eine Teilnehmerin (TN96) erkannte die Symptome als Depression und benannte sie als „richtige psychische Erkrankung“, was sie mit der langanhaltenden Dauer der Symptome begründete, die für sie den Unterschied zu einem vorübergehenden Problem darstellte. Die anderen Teilnehmerinnen charakterisierten die beschriebenen Symptome als Verlust von Rationalität, als Konfrontation mit einem unlösbaren Problem sowie als Hoffnungslosigkeit. Sie stellten dabei keine Diagnose einer psychischen Störung oder Depression.

Die Ursachen der Symptome wurden von den Teilnehmerinnen in Gefühlen von Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit oder als Folge persönlicher Verluste vermutet. Dies reiht sich konsistent in die bestehende Empirie ein. Syrische Geflüchtete in den USA (Agha et al., 2024) und in Norwegen (Aarethun et al., 2021) zeigten ähnliche Wahrnehmungen, bei der die Teilnehmerinnen die Symptome einer Depressionsfallvignette ebenfalls als Einsamkeit, Traurigkeit oder als Folge der Trennung von der Familie identifizierten. Die Teilnehmerinnen zeigten Verständnis für die beschriebenen Symptome und erzählten von eigenen ähnlichen Erfahrungen mit psychischer Belastung, auch bezogen auf die Fluchterfahrung.

Besonders auffällig ist, dass viele Teilnehmerinnen persönliche Verluste als zentrale Ursache für Depressionen sahen. Sie nannten dabei den Verlust von Menschen, von wichtigen

Lebenszielen oder von physischer Gesundheit. Diese Perspektive verdeutlicht, dass viele Frauen in der Gruppe Depressionen nicht nur als psychische Störung, sondern auch als eine Reaktion auf externe Belastungen und Stressoren einordneten. Die Zuschreibung depressiver Symptomatik als Reaktion auf externe Stressoren ist in Übereinstimmung mit bisheriger Forschung mit syrischen Geflüchteten (Aarethun et al., 2021).

Die Aussagen zu familiärem Druck und Kritik durch die Familie als Auslöser für psychische Belastungen weisen auf eine große Bedeutung von familiären Beziehungen für die Teilnehmerinnen hin. Sie beschrieben den emotionalen Druck, dem insbesondere junge Menschen ausgesetzt sind. In der syrischen Kultur ist es üblich, dass Eltern auch in das Leben ihrer erwachsenen Kinder sehr stark involviert sind (Al-Krenawi, 2024). Entscheidungen werden oft als Familie und weniger von Individuen getroffen und sind geprägt von kulturellen Normen (Al-Krenawi, 2024). Es ist daher wichtig, familiären Druck als Belastungsquelle in der Arbeit mit syrischen Geflüchteten zu verstehen (Al-Krenawi, 2024). Diese Perspektive ist auch relevant im Kontext von geflüchteten Menschen, die möglicherweise mit familiären Erwartungen und Enttäuschungen über ihre Integration oder Leistungen in einem neuen Land konfrontiert sind. In den ausführlichen Schilderungen lassen sich eigene Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit vergleichbaren Situationen vermuten.

Ein zentrales Thema der Diskussion war auch die Verknüpfung von Fluchterfahrungen und psychischen Störungen. Die Teilnehmerinnen berichteten von empirisch bekannten Postmigrationsstressoren, wie Einsamkeit, Angst, Rassismus und Diskriminierung (Cantekin & Gençöz, 2017; Kohlenberger et al., 2017), die für sie in ihrem Alltag in Österreich zu psychischen Belastungen führen. Der langwierige Asylprozess und die Angst vor einer Rückführung nach Syrien spielten eine zentrale Rolle in der psychischen Belastung der geflüchteten Frauen. Die Sorge um ihre Zukunft und die ihrer Familie wurde auch als potentielle Quelle psychischer Störungen genannt. Dies ist im Einklang mit Cantekin & Gençöz (2017) sowie Nutsch & Bozorgmehr (2020), deren Forschung ergab, dass Postmigrationsstressoren signifikant mit depressiver Symptomatik assoziiert sind.

Ebenso wie unter syrischen Geflüchteten in einer norwegischen Studie (Aarethun et al., 2021) wurden biologische Erklärungsansätze für die Entstehung von Depressionen von den weiblichen syrischen Teilnehmerinnen dieser Fokusgruppe nicht genannt.

In Bezug auf wahrgenommene Kontrolle und individuelle Bewältigungsstrategien besprachen die Teilnehmerinnen einige Möglichkeiten, was eine von psychischer Belastung betroffene Person selbst tun kann. Die genannten Strategien zielten vor allem auf die Förderung von Selbstvertrauen, Ablenkung und Fokussierung auf Positives ab. Die

Verantwortung gegenüber dem sozialen Umfeld wurde ebenfalls als eine Art von Bewältigungsstrategie genannt. Verantwortung zu übernehmen und eine soziale Rolle zu erfüllen kann dabei helfen sich weniger isoliert zu fühlen und wieder ein Zugehörigkeitsgefühl zu erlangen. In der Literatur berichten syrische geflüchtete Frauen von Treffen mit anderen aus Syrien geflüchteten Frauen, wo sie gemeinsam trauern, miteinander sprechen und zusammensitzen konnten (Boswall & Akash, 2015; El-Khani et al., 2017). Diese Form der sozialen Unterstützung kann helfen Isolation und Einsamkeit im Ankunftsland zu überkommen und ein neues soziales Netzwerk aufzubauen (Boswall & Akash, 2015; El-Khani et al., 2017).

Die Teilnehmerinnen zeigten ein starkes Bewusstsein für die Gefahren einer unbehandelten psychischen Störung. Viele befürchteten, dass die Symptome ohne Hilfe schlimmer werden und möglicherweise zu einem Suizid führen könnten und betonten die Notwendigkeit einer professionellen psychologischen Behandlung.

4.2. Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen

Im Rahmen der Gruppendiskussion zeigte sich, dass die Teilnehmerinnen eine klare Unterscheidung zwischen informeller und formeller Hilfe machten. Während sie die Bedeutung der Familie, des sozialen Umfelds und des Glaubens als Ressource anerkannten, sahen sie die formelle Hilfe, speziell psychiatrische Behandlung, als notwendig und hilfreich an, besonders bei schwerwiegenden psychischen Belastungen.

Informelle Behandlungsmethoden

Unter den Teilnehmerinnen gab es unterschiedliche Auffassungen darüber, ob die Person aus der Fallvignette mit ihren Symptomen professionelle psychosoziale Hilfe aufsuchen sollte oder ob in erster Linie Unterstützung durch die Familie gesucht werden sollte. Die Aussage, dass professionelle Hilfe nur dann notwendig sei, wenn die Familie es nicht schaffe, der Person zu helfen, deckt sich mit der Literatur zum Hilfesuchverhalten syrischer Geflüchteter, in der diese angaben, ihre Probleme primär mit Unterstützung der Familie zu lösen (Schoenberger et al., 2024).

In Bezug auf religiöse Unterstützung wurde in der Fokusgruppe deutlich, dass Religion eine wichtige Rolle spielt. Für viele Teilnehmerinnen ist der Glaube eine wertvolle Ressource im Umgang mit psychischen Belastungen und Leiden. Der Glaube an einen Plan Gottes gibt den Teilnehmerinnen Hoffnung, Trost und die Gewissheit, dass ihr Leiden nicht

umsonst ist. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Boswall & Akash (2015) ist der Glaube an Gott für weibliche syrische Geflüchtete eine wichtige Quelle der Hoffnung und des Trostes. Die Aussage, dass der Glaube dem Leiden einen Sinn gibt, konnte auch bei aus Syrien geflüchteten Eltern gefunden werden (El-Khani et al., 2017). Der Glaube an Gott stellt somit eine wichtige Stütze und Bewältigungsform in belastenden Situationen, wie sie durch die Flucht entstehen und in Zeiten schlechter psychischer Gesundheit dar. Im Gegensatz zu anderer Literatur, in der aktive Handlungen wie das Beten und das Lesen des Korans als Bewältigungsformen genannt wurden (Boswall & Akash, 2015; El-Khani et al., 2017), thematisierten die Teilnehmerinnen dieser Fokusgruppe nur den zugrundeliegenden Glauben an die Existenz Gottes und keine religiösen Handlungen als mentale Unterstützung.

Vorteile der Inanspruchnahme formeller Hilfe

Einige Teilnehmerinnen hielten die in der Fallvignette beschriebenen Symptome für so schwerwiegend, dass die betroffene Person sofort professionelle Hilfe in Form eines Psychiaters aufsuchen sollte. Während in einer US-amerikanischen Studie ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten unter syrischen geflüchteten Frauen festgestellt wurde (Agha et al., 2024), äußerten die Teilnehmerinnen dieser Fokusgruppe ein starkes Vertrauen in die Vorteile der Inanspruchnahme formeller Hilfe, insbesondere durch Psychiater. Ein zentraler Punkt war die Wahrung einer absoluten Verschwiegenheit, die für die Teilnehmerinnen ein entscheidendes Argument für die Entscheidung darstellte, professionelle Hilfe zu suchen. Dass die Relevanz der absoluten Verschwiegenheit von mehreren Teilnehmerinnen stark betont wurde, kann möglicherweise durch die mit psychischen Störungen verbundene internalisierte Stigmatisierung erklärt werden. Hinter dem Wunsch nach einem Psychiater, dem man uneingeschränkt vertrauen kann, lässt sich ein gewisser Leidensdruck vermuten, der durch das Verheimlichen von Themen oder Geschehnissen entsteht, die so schambehaftet sind, dass sie auch nicht mit nahestehenden Personen besprochen werden können. Möglicherweise geht es auch darum, sich einer Person anzuvertrauen, die nicht in das soziale Umfeld eingebunden ist. Der Psychiater wird als eine vertrauenswürdige, neutrale Instanz wahrgenommen, bei der es keine Sorge vor dem Weitererzählen oder Verbreiten von Informationen gibt. Verschwiegenheit ist den Teilnehmerinnen als berufliche Verantwortung von Psychiater*innen bekannt.

Die Teilnehmerinnen diskutierten als weiteren Vorteil der Inanspruchnahme formeller Hilfe die fachliche Kompetenz psychosozialer Behandler*innen. TN97 betonte, dass der Psychiater „professionell“ sei und „weiß, was er sagen soll und was er nicht sagen soll, um

das nicht zu verschlimmern“. Dieser Punkt unterstreicht das Vertrauen der Teilnehmerinnen in die Ausbildung und fachliche Kompetenz eines Psychiaters, das sie gegenüber den Ratschlägen von Personen aus ihrem eigenen sozialen Umfeld nicht haben.

Die Befürwortung einer psychosozialen Behandlung bei psychischen Störungen konnte auch in einer Stichprobe syrischer Studierender gefunden werden, in der fast 80 % angaben, dass die beste Form der Behandlung einer psychischen Störung durch Psychiater*innen erfolgt (Swed et al., 2022). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich um Personen mit hohem Bildungsniveau handelte. Es ist möglich, dass das soziale Umfeld in Österreich die Einstellungen der geflüchteten syrischen Frauen gegenüber psychosozialer Behandlung beeinflusst hat. Die Literatur weist darauf hin, dass negative Einstellungen gegenüber psychosozialer Unterstützung in arabischen Bevölkerungsgruppen abnehmen können, wenn diese in Ländern leben, in denen eine positivere gesellschaftliche Einstellung gegenüber solchen Hilfsangeboten verbreitet ist (Khatib et al., 2023).

Es zeigte sich ein theoretisches Bewusstsein für die Relevanz formeller Hilfe. In den im Folgenden diskutierten Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote findet sich jedoch eine Ambivalenz hinsichtlich des praktischen Hilfesuchverhaltens.

4.3. Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote

In der Fokusgruppendiskussion wurde deutlich, dass gesellschaftliche und internalisierte Stigmatisierung psychischer Störungen große Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für die syrischen geflüchteten Frauen darstellen. Psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurde in der Erfahrung und Wahrnehmung der Teilnehmerinnen gesellschaftlich als Zeichen der Schwäche und Unzurechnungsfähigkeit angesehen, mit der Gefahr zu sozialem Ausschluss und Isolation zu führen. Und das zum einen im erweiterten sozialen Umfeld, wie beispielsweise in der Schule, aber auch im engen Familien- und Freundeskreis. Die Abwertung und Einordnung „verrückt“ zu sein durch den eigenen Ehemann, die eine Teilnehmerin aufgrund ihrer Behandlung mit Psychopharmaka erlebte, stellte für sie eine große Belastung dar. Die Annahme, dass Menschen, die psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen, „verrückt“ seien, ist unter Syrer*innen weit verbreitet und zeigt sich auch in der Literatur (Woodward et al., 2023). Die Sorge eine solche Abwertung zu erfahren und als „verrückt“ angesehen zu werden, kann sich wiederum negativ auf die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote auswirken (Hassan et al., 2016).

Diese Ergebnisse deuten auf eine starke internalisierte Stigmatisierung psychischer Störungen hin, wie sie auch unter geflüchteten und arabisch-stämmigen Menschen in einer US-amerikanischen Studie (Kira et al., 2014) gefunden wurde.

Aarethun et al. (2021) und Agha et al. (2024) stellten in ihren Studien fest, dass syrische geflüchtete Frauen starke Ängste und Scham in Bezug auf psychische Störungen und deren formelle Behandlung empfinden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Fokusgruppendiskussion stellt sich die Frage, ob der Grund hierfür möglicherweise in einer besonders starken Stigmatisierung von psychisch kranken Frauen im Vergleich zu psychisch kranken Männern in der syrischen Kultur liegt. Um diese Überlegung zu untersuchen, bedarf es weiterer Forschung.

Die Ausführungen zu den sozialen Auswirkungen von Depressionen, wie Isolation, negative Aufmerksamkeit, Kritik und Stigmatisierung zeigen ein kulturell geprägtes Verständnis für die sozialen Konsequenzen psychischer Störungen. Die Teilnehmerinnen diskutierten auch die gesellschaftlichen Gegebenheiten in Syrien und beschrieben, dass im dortigen kulturellen Kontext die Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Hilfsangebote noch um einiges schambehafteter sei als in Österreich. Sie nahmen es so wahr, dass im Ankunftsland ein offenerer Umgang mit psychischen Störungen bestehe als in Syrien. Eine Wahrnehmung, die auch syrische Frauen in Norwegen teilten (Aarethun et al., 2021). Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe kritisierten die starke kulturelle Stigmatisierung psychischer Störungen und der Inanspruchnahme formeller Hilfe in Syrien und bewerteten diese als „veraltet“. In der Literatur wurde eine positive Veränderung der Einstellungen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten beschrieben, wenn Menschen in Gesellschaften migrieren, in der positivere Einstellungen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten vorherrschen (Khatib et al., 2023).

Eine weitere Barriere, die von zwei Teilnehmerinnen beschrieben wurde, stellen Zweifel an der Wirksamkeit formeller Behandlung in Form von Psychopharmaka dar. Eine Teilnehmerin berichtete von ihrer eigenen Erfahrung mit einer Psychopharmaka-Behandlung. Durch die Einnahme von Medikamenten erlebte sie zwar eine Verbesserung ihrer Symptome, die Medikamente lösten jedoch lediglich eine Gleichgültigkeit bei ihr aus und führten nicht zu einer Heilung oder Verbesserung der Ursache ihrer Störung. Diese Erfahrung spiegelt eine gewisse Skepsis über die Wirkung von Psychopharmaka wider. Eine weitere Teilnehmerin erzählte von einer Freundin, die trotz der Einnahme von Psychopharmaka und mehrfacher Erhöhung der Dosis keine Linderung ihrer Symptome erfahren habe. Sie sagte dazu: „Das ist manchmal auch nicht hilfreich.“ Es kann frustrierend sein und das Vertrauen in psychosoziale

Hilfsangebote mindern, wenn formelle Behandlung im Einzelfall nicht den erhofften Erfolg bringt. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Beschreibung der zwei Fallbeispiele lediglich von medikamentöser Therapie und nicht von ergänzender Gesprächs- oder Psychotherapie gesprochen wurde, die möglicherweise für eine wirksame Behandlung notwendig wäre. Psychotherapie wird bei leichtgradiger, sowie mittelgradiger und schwerer unipolarer Depression dringend als Behandlungsansatz empfohlen, während medikamentöse Behandlung ergänzend in den meisten Fällen lediglich bei mittelgradiger und schwerer Depression vorgesehen ist (Bundesärztekammer et al., 2022).

Weitere in der Literatur beschriebene strukturelle Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote wie Sprachbarrieren, finanzielle Barrieren, mangelnde Angebote oder lange Wartezeiten (Byrow et al., 2020; Dumke et al., 2024) wurden von den Teilnehmerinnen nicht besprochen. Auch Sorge vor mangelnder kultureller und/oder therapeutischer Kompetenz oder mangelnder Vertraulichkeit der Behandler*innen (Byrow et al., 2020; Dumke et al., 2024) nannten die Teilnehmerinnen dieser Fokusgruppe nicht als Barriere bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote. Die Vertraulichkeit formeller Behandler*innen wurde von den Teilnehmerinnen vielmehr als Vorteil professioneller Behandlung hervorgehoben. Dass die Angst vor Stigmatisierung und die Bewertung der Wirksamkeit formeller Behandlung die größten Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote darstellen, ist in Übereinstimmung mit Mojtabai et al. (2011). Sie argumentieren, dass Einstellungen gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten und auf Bewertungen bezogene Faktoren größere Barrieren darstellen als strukturelle Barrieren (Mojtabai et al., 2011).

Wünsche nach Verbesserung von staatlicher Seite

Im Rahmen der Fokusgruppendifkussion wurden keine Verbesserungsvorschläge genannt, die sich konkret auf psychosoziale Hilfsangebote beziehen. Eine Teilnehmerin gab an, noch nicht lange in Österreich zu leben und daher noch keine Erfahrungen mit psychosozialen Hilfsangeboten gemacht zu haben. Die anderen Teilnehmerinnen äußerten sich nicht zu eigenen Erfahrungen mit psychosozialen Hilfsangeboten.

Die Teilnehmerinnen nannten statt Verbesserungen der psychosozialen Hilfsangebote, den Wunsch nach mehr Sicherheit im Asylprozess und beschrieben, wie sich die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus über einen langen Zeitraum negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirkt. Es wurde auch die Relevanz von Deutschkursangeboten thematisiert, die laut der Teilnehmerinnen aktuell unzureichend seien. Es wurde betont wie wichtig das Erlernen der

deutschen Sprache für syrische Geflüchtete sei, da die Sprachbarriere sie auch daran hindere in Österreich zu arbeiten und sich somit weiter gesellschaftlich integrieren zu können. Dieser Zusammenhang wurde auch von syrischen Geflüchteten in Deutschland berichtet, die die Wichtigkeit des Erlernens der deutschen Sprache betonten, um Arbeit zu finden und sich gesellschaftlich zu integrieren (Renner et al., 2020).

Dass die Teilnehmerinnen auf die Frage nach möglicher Verbesserung psychosozialer Hilfsangebote mit Vorschlägen reagierten, die der Linderung von Postmigrationsstressoren entsprechen, betont den Leidensdruck, den diese bei weiblichen syrischen Geflüchteten erzeugen. Sie wünschten sich strukturelle und soziale Verbesserungen, die ihre Lebensqualität verbessern und ihre Integration in die Gesellschaft fördern können. Psychische Gesundheit und die Fähigkeit, sich in Österreich gesellschaftlich zurechtzufinden wurden unmittelbar mit der Sicherheit des Aufenthaltsstatus und der Möglichkeit, die deutsche Sprache zu erlernen, verknüpft.

4.4. Vergleich mit der Fokusgruppe männlicher syrischer Geflüchteter (Pleva, 2023)

Im selben Forschungsprojekt wurde eine Fokusgruppe mit männlichen syrischen Geflüchteten durchgeführt. Die Gegebenheiten sind vergleichbar und unterschieden sich lediglich in dem Geschlecht der Teilnehmenden. Die Teilnehmerzahl in der männlichen Fokusgruppe betrug ebenfalls $N = 4$, das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 22 bis 48 Jahren und alle Teilnehmenden gaben an, muslimischen Glaubens zu sein. Die Auswertung der Fokusgruppe mit männlichen syrischen Geflüchteten anhand einer Depressionsfallvignette wurde im Rahmen einer Masterarbeit von Pleva (2023) ausgewertet.

Vergleichbar mit den hier vorliegenden Ergebnissen aus der Fokusgruppe mit weiblichen syrischen Geflüchteten, sahen auch die männlichen syrischen Geflüchteten die primären Ursachen für die Entstehung einer Depression in externen Stressoren wie Trennung von der Familie, Hoffnungslosigkeit und Verlusten (Pleva, 2023). Auch der negative Einfluss langwieriger Asylprozesse und fehlender Möglichkeiten Deutsch zu lernen auf die psychische Gesundheit wurde in beiden Stichproben thematisiert. In beiden Fokusgruppen wurden sozialer Rückzug, Isolation und Suizid als mögliche Folgen einer Depression besprochen.

Die männlichen syrischen Teilnehmerinnen der Studie vertraten ebenso wie die weiblichen syrischen Teilnehmerinnen größtenteils die Annahme, dass professionelle psychosoziale Hilfsangebote der beste Weg seien, um mit den beschriebenen Symptomen

einer Depression umzugehen, insbesondere, wenn die Familie keine ausreichende Unterstützung bieten kann (Pleva, 2023).

Scham und Angst vor Stigmatisierung stellte für die Gruppe weiblicher syrischer Geflüchteter in dieser Studie eine weitaus größere Barriere dar, als sie unter männlichen syrischen Geflüchteten besprochen wurde (Pleva, 2023). Die männlichen Teilnehmer der Studie nannten im Gegensatz zu den weiblichen Teilnehmerinnen geringe Verfügbarkeit von Angeboten als strukturelle Barriere bei der Inanspruchnahme psychosozialer Angebote. Außerdem gaben sie an, Angst vor Fehldiagnosen durch psychosoziale Behandler*innen zu haben (Pleva, 2023) – eine Sorge und Barriere, die die weiblichen Teilnehmerinnen nicht nannten. In beiden Gruppen wurden andere in der Literatur gängige Barrieren für die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote, wie Sprachbarrieren oder Angst vor mangelnder Vertraulichkeit der Behandler*innen (Byrow et al., 2020; Dumke et al., 2024), nicht genannt.

4.5. Reflexion der Methode und Limitationen

Psychologische Forschung im interkulturellen Bereich muss berücksichtigen, dass Konzepte, die in westlichen, einkommensstarken Ländern oft von Akademiker*innen entwickelt wurden, nicht ohne Weiteres auf andere kulturelle Kontexte übertragen werden können (Karasz & Singelis, 2009). Qualitative Forschungsdesigns bieten hier eine wertvolle Möglichkeit, die Perspektiven von Menschen zu erfassen und zu verstehen, ohne an vorgegebene Konzepte gebunden zu sein, wie sie etwa bei der Entwicklung standardisierter Fragebögen häufig vorausgesetzt werden (Karasz & Singelis, 2009). Hier liegt die Stärke dieser Arbeit, die weiblichen syrischen Geflüchteten in Österreich den Raum gegeben hat, über ihre Einstellungen, Perspektiven und Erfahrungen zu sprechen. Die Erkenntnisse über individuellen Perspektiven der Teilnehmerinnen bieten einen wertvollen Beitrag für das Verständnis der Krankheitskonzepte psychischer Störungen und der Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote bei weiblichen syrischen Geflüchteten in Österreich.

Zu beachten ist bei der Interpretation der Erkenntnisse der Kontext, in dem die Fokusgruppe stattfand. Den Teilnehmerinnen war bekannt, dass es sich um eine wissenschaftliche Studie an der Fakultät für Psychologie handelte. Es ist daher davon auszugehen, dass sich eher Personen für die Teilnahme gemeldet haben, die offen dafür sind, über psychische Gesundheit zu sprechen. Auch führte der Kontext möglicherweise dazu, dass

aufgrund sozialer Erwünschtheit (Döring, 2023) mehr positive Einstellungen zur Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote geäußert wurden. Es ist denkbar, dass dieselben Teilnehmerinnen in einem anderen Kontext, z.B. in einem Gespräch mit Familienangehörigen, andere Aspekte besprochen oder andere Antworten gegeben hätten. Auch ist eine positive Einstellung gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten nicht gleichzusetzen mit der tatsächlichen Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen. Syrische Teilnehmerinnen einer norwegischen Studie rieten zwar einer Person mit depressiven Symptomen, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, würden dies aber selbst nicht tun und auch engen Freundinnen nicht empfehlen (Aarethun et al., 2021). Gleichzeitig ist bemerkenswert, dass TN 94 über die Fallvignette hinaus auch offen über ihre eigene psychische Störung gesprochen hat und hier auch angegeben hat diese mit Medikamenten zu behandeln, was auf eine umfassend internalisierte Überzeugung von formeller Hilfe hindeutet und von Vertrauen in diese Form der Behandlung zeugt.

Der qualitative Forschungsprozess ist gezwungenermaßen einer gewissen Subjektivität unterworfen (Döring, 2023). Als Forschende spielen eigene Vorannahmen und Überzeugungen eine zentrale Rolle bei der Interpretation der Daten (Döring, 2023). Als Psychologiestudentin in Österreich sind mein Wissen über und meine Einstellungen zu psychischen Störungen und psychosozialen Hilfsangeboten von einer westlichen und akademischen Perspektive geprägt. Ohne kulturellen Bezug zu Syrien beruht mein Wissen über in Syrien verbreitete gesellschaftliche und kulturelle Normen und über die Erfahrungen syrischer Geflüchteter in Österreich lediglich auf Literatur und den Erkenntnissen aus dieser Studie. Durch meinen familiären Bezug zum Iran, habe ich ein Grundwissen zu dem erweiterten Kulturkreis des nahen und mittleren Ostens, jedoch ist es wichtig die kulturelle Pluralität der Region zu betonen und keine verallgemeinernden Schlüsse zu ziehen, was ich bewusst in meinem Forschungsprozess versucht habe.

Durch das Dolmetschen sind mitunter Feinheiten in der Ausdrucksweise der geflüchteten syrischen Frauen verloren gegangen. Sprache ist nie vollständig und exakt übersetzbar, da sie kulturell geprägt ist (Baker, 2011). Da die Studienleitung, sowie weitere am Projekt beteiligte Personen nicht arabisch-sprachig sind und Deutschkenntnisse keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie sein sollten, stellte die Arbeit mit einer Dolmetscherin die einzige Möglichkeit für die Durchführung der Studie mit dieser Stichprobe dar.

Auffällig ist, dass die Teilnehmerinnen in Bezug auf die Person in der Fallvignette trotz genderneutraler Beschreibung durchwegs in der männlichen Form sprachen. Ein

Erklärungsansatz wäre, dass die Teilnehmerinnen durch die Bezugnahme auf eine männliche Person unbewusst eine Distanz herstellen wollten, so dass ihre Überlegungen und Aussagen noch weniger mit ihnen selbst zu tun haben. Es ist wahrscheinlich, dass aufgrund der ersten Aussagen, die von einer männlichen Person ausgingen, kollektiv das Bild einer männlichen Fallvignette entstand, das im weiteren Verlauf der Fokusgruppendifkussion nicht mehr hinterfragt wurde.

Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den Teilnehmerinnen der Fokusgruppe um lediglich $N = 4$ Personen gehandelt hat und die Stichprobengröße somit sehr klein war. Eine Gruppengröße von vier bis acht Personen wird für Fokusgruppendifkussionen zwar empfohlen (Döring, 2023), vergleichbare Studien führten jedoch oft mehrere Fokusgruppen durch, um umfangreichere Daten zu erlangen (Aarethun et al., 2021; Al Laham et al., Boswall & Akash, 2015; 2020; Renner et al., 2020). Die Suche nach Teilnehmerinnen gestaltete sich als schwierig, da viele kontaktierte Personen kein Interesse oder Angst um die Vertraulichkeit hatten. Einige kontaktierte Personen äußerten Angst vor negativen Einflüssen auf den Asylprozess, was auf ein mangelndes Vertrauen gegenüber der Vertraulichkeit wissenschaftlicher Forschung hindeutet.

Bei dieser Form der Datenerhebung ist keine vollständige Anonymität gegeben, da die Teilnehmerinnen, die Studienleitung und die Dolmetscherin Aussagen auf einzelne Teilnehmerinnen zurückführen können. Fehlende Anonymität sowie Gruppendynamiken und persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren, wie die Tendenz zu Gesprächsbeiträgen, wirkten sich möglicherweise auf die Gesprächsanteile und Antworten der Teilnehmerinnen in dieser Fokusgruppendifkussion aus.

Dass die Studienleitung und die Auswertung der Daten von unterschiedlichen Personen durchgeführt wurden, führte bei mir als Autorin dieser Masterarbeit zu einer gewissen persönlichen Distanz zu den Teilnehmerinnen. Diese Distanz kann einerseits als Vorteil gesehen werden, da sie es mir ermöglichte, mich in der Analyse ausschließlich auf das Gesagte zu konzentrieren, ohne dass persönliche Eindrücke – etwa Sympathie oder Antipathie – unbewusst in den Auswertungsprozess einfließen. Andererseits fehlte mir dadurch Wissen über den situativen Kontext, wie beispielsweise Beobachtungen von Mimik und Gestik der Teilnehmerinnen, wodurch möglicherweise Feinheiten in der Bedeutungsinterpretation verloren gegangen sein könnten.

Am 8. Dezember 2024, zwei Wochen nach der Durchführung der Fokusgruppe, wurde der syrische Machthaber Baschar al-Assad gestürzt, was bei der Einordnung der Aussagen zu berücksichtigen ist. Dieses politische Großereignis kann starke Auswirkungen auf die

Perspektiven syrischer Geflüchteter im Ausland haben. Solche politischen Veränderungen erfordern weitere Forschungsprojekte, die sich mit individuellen Perspektiven in diesem veränderten Kontext beschäftigen.

4.6. Implikationen für Forschung und Praxis

Die Erforschung von Krankheitskonzepten psychischer Störungen und Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote unter weiblichen syrischen Geflüchteten bedarf weiterer Forschung. Geschlechtsspezifische Einflüsse auf Scham in Bezug auf psychische Störungen und die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote sowie die Berücksichtigung aktueller soziopolitischer Veränderungen bedürfen tiefergehender Forschung. Für zukünftige Forschung wäre es zudem sinnvoll, über das in dieser Arbeit behandelte Störungsbild hinauszugehen und die Krankheitskonzepte weiterer psychischer Störungen zu untersuchen. Auch die Erfahrungen mit und Erwartungen an psychosoziale Hilfsangebote wurden in der vorliegenden Fokusgruppe nur am Rande thematisiert und sollten in weiteren Studien vertieft untersucht werden, um praxisnahe und kultursensible Angebote entwickeln zu können. Die Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen in Mixed-Methods-Designs kann in zukünftigen Forschungsprojekten dazu beitragen, die Vorteile beider Methoden miteinander zu verbinden und umfassendere Erkenntnisse zu gewinnen (Döring, 2023).

Für die praktische Arbeit im psychosozialen und psychologischen Bereich mit weiblichen syrischen Geflüchteten verdeutlichen die Ergebnisse dieser qualitativen Studie die Relevanz von Stigmatisierung und Scham als zentrale Barrieren. Insbesondere Bedenken gegenüber dem sozialen Umfeld (z. B. Angst vor Ausgrenzung oder Rufschädigung) sollten sensibel aufgegriffen und in der Beratung thematisiert werden. Ein kultursensibler Ansatz, der auch Ressourcen wie den Glauben einer Person als wichtige Unterstützung anerkennt und ergänzend zu professioneller psychologischer Hilfe einbezieht, ist dabei entscheidend (Harris et al., 2021).

4.7. Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Krankheitskonzepten von Depressionen bei weiblichen syrischen Geflüchteten, dem Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen und den Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Hilfsangebote. Diese wurden anhand einer qualitativen Fokusgruppendifkussion mit weiblichen syrischen Geflüchteten erhoben, zu deren Beginn eine Fallvignette einer Person mit Depressionssymptomatik vorgestellt wurde.

Unter den syrischen Teilnehmerinnen der Fokusgruppe gab es viel Verständnis für die depressive Symptomatik der in einer Fallvignette beschriebenen Person. Die Symptome wurden nur von einer Teilnehmerin als Depression erkannt, von anderen Teilnehmerinnen wurden sie als nicht näher definierte psychische Störung benannt oder als Probleme wie Einsamkeit, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Unfähigkeit Probleme zu lösen beschrieben. Ursachen wurden hauptsächlich in einem zugrundeliegenden Problem oder als Folge von Verlust oder Trennung von der Familie sowie in von der Familie ausgelöstem Druck gesehen. Auch Postmigrationsstressoren wie Diskriminierungserfahrungen, Druck Deutsch zu lernen, langwierige Asylprozesse und Angst vor der Ablehnung des Asylantrags wurden als mögliche Ursachen psychischer Störungen diskutiert. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe zeigten positive Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme formeller Behandlung in Form von psychosozialen Hilfsangeboten, insbesondere der Behandlung durch Psychiater. Diese wurde für die in der Fallvignette beschriebenen Symptome als passende Behandlung definiert und ihre Vorteile, insbesondere die Professionalität und absolute Verschwiegenheit von Psychiater*innen wurden betont. Die Teilnehmerinnen diskutierten auch die Nachteile und Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote, mit großem Fokus auf Stigmatisierung durch das soziale Umfeld, die eine Person auf Grund einer psychischen Störung oder auf Grund der Inanspruchnahme formeller Behandlung erfährt. Es wurde auch besprochen, dass diese Stigmatisierung in Syrien noch stärker erlebt wurde und somit kulturell beeinflusst ist. Einige Teilnehmerinnen kritisierten dies und sprachen offen über eigene Erfahrungen mit psychischen Störungen. Trotz der größtenteils positiven Einstellungen gegenüber formeller Behandlung wurden auch von zwei Teilnehmerinnen Zweifel an der Wirksamkeit medikamentöser Behandlung geäußert. Wünsche zur Gestaltung und Verbesserung psychosozialer Hilfsangebote wurden von den weiblichen syrischen Geflüchteten dieser Studie nicht genannt. Bedürfnisse und Wünsche bezogen sich auf ihre Lebensbedingungen als Geflüchtete und miteinhergehende Postmigrationsstressoren. Sie

wünschten sich insbesondere mehr Sicherheit im Asylprozess und kürzere Verfahren sowie erweiterte Möglichkeiten, Deutsch zu lernen, um die Suche nach Arbeit und die Integration zu erleichtern.

Diese Arbeit gibt einen wichtigen Einblick in die Krankheitskonzepte psychischer Störungen und Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote bei weiblichen syrischen Geflüchteten in Österreich. Weitere Forschung ist nötig, um dieses Wissen zu vertiefen, geschlechtsspezifische Effekte besser zu verstehen, aktuelle politische Entwicklungen in den Forschungsstand miteinzubeziehen und psychosoziale Hilfsangebote an die Bedürfnisse weiblicher syrischer Geflüchteter anzupassen.

5. Literaturverzeichnis

- Aarethun, V., Sandal, G. M., Guribye, E., Markova, V., & Bye, H. H. (2021). Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *Social Science & Medicine*, 277, 113889–113889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113889>
- Agha, E., Cuddeback, G. S., & Crowder, J. C. (2024). Mental health needs among resettled refugee women from Syria: presentation of depression, anxiety and PTSD. *Social Work in Mental Health*, 22(2), 262–282. <https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2285256>
- Al Laham, D., Ali, E., Mousally, K., Nahas, N., Alameddine, A., & Venables, E. (2020). Perceptions and health-seeking behaviour for mental illness among Syrian refugees and Lebanese community members in Wadi Khaled, North Lebanon: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 875–884. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00551-5>
- Al-Krenawi, A. (2024). *Syrian refugees in Jordan and mental health: Challenges and culturally sensitive practice*. Brill.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Aufl.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atari-Khan, R., Covington, A. H., Gerstein, L. H., Herz, H. al, Varner, B. R., Brasfield, C., Shurigar, B., Hinnenkamp, S. F., Devia, M., Barrera, S., & Deogracias-Schleich, A. (2021). Concepts of resilience among trauma-exposed Syrian refugees. *The Counseling Psychologist*, 49(2), 233–268. <https://doi.org/10.1177/0011000020970522>
- Baer, J., Pabst, A., Roehr, S., Lupp, M., Renner, A., Nagl, M., Dams, J., Grochtdreis, T., Kersting, A., Koenig, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Mental health self-stigma of Syrian refugees with posttraumatic stress symptoms: Investigating sociodemographic

- and psychopathological correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 642618–642618
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.642618>
- Baker, M. (2011). *In other words: A coursebook on translation* (2. Aufl.). Routledge.
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., & Erim, Y. (2020). The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 362–362.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2>
- Boswall, K., & Akash, R. A. (2015). Personal perspectives of protracted displacement: an ethnographic insight into the isolation and coping mechanisms of Syrian women and girls living as urban refugees in northern Jordan. *Intervention (Amstelveen, Netherlands)*, 13(3), 203–215. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000097>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2*. Zugriff am 10.04.2025. <https://www.leitlinien.de/depression>.
- Bundesministerium für Inneres (2024). *Asyl Begriffsbestimmungen*. Zugriff am 02.05.2024.
<https://www.bmi.gv.at/301/Allgemeines/Begriffsbestimmungen/start.aspx>
- Bundesministerium für Inneres (2025). *Vorläufige ASYL-STATISTIK Dezember 2024*. Zugriff am 06.02.2025.
https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/2024/Asylstatistik_Dezember_2024.pdf

- Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 75*, 101812–101812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
- Cantekin, D., & Gençöz, T. (2017). Mental health of Syrian asylum seekers in Turkey: the role of pre-migration and post-migration risk factors. *Journal of social and clinical psychology, 36*(10), 835-859. <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.10.835>
- Cheng, H., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling and Development, 96*(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Chung, M. C., & Shakra, M. (2022). The association between trauma centrality and posttraumatic stress among Syrian refugees: The impact of cognitive distortions and trauma-coping self-efficacy. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(3–4), 1852–1877. <https://doi.org/10.1177/0886260520926311>
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6. Aufl.). Springer.
- Dorsch Lexikon der Psychologie (2024). *Krankheitskonzepte, subjektive*. Zugriff am 17.06.2024. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/krankheitskonzepte-subjektive>
- Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024). Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clinical Psychology Review, 113*, 10249. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491>
- El-Khani, A., Ulph, F., Peters, S., & Calam, R. (2017). Syria: coping mechanisms utilised by displaced refugee parents caring for their children in pre-resettlement contexts. *Intervention (Amstelveen, Netherlands), 15*(1), 34–50. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000136>

- Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 347–364.
<https://doi.org/10.1348/0144665042388955>
- Harris, S. M., Sandal, G. M., Bye, H. H., Palinkas, L. A., & Binder, P.-E. (2021). Integration is correlated with mental health help-seeking from the general practitioner: Syrian refugees' preferences and perceived barriers. *Frontiers in Public Health*, 9, 777582–777582. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.777582>
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 129–141.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000044>
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *The American psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>
- International Rescue Committee. (2014). *Are we listening? Acting on our commitments to women and girls affected by the Syrian conflict*. Zugriff am 17.06.2024.
<https://www.rescue.org/report/are-we-listening-acting-our-commitments-women-and-girls-affected-syrian-conflict-0>
- Jorm, A. F., & Anderson, N. B. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

- Kakaje, A., Al Zohbi, R., Hosam Aldeen, O., Makki, L., Alyousbashi, A., & Alhaffar, M. B. A. (2021). Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC Psychiatry*, 21(1), 2–2. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03002-3>
- Kandemir, A., & Budd, R. (2018). Using vignettes to explore reality and values with young people. *Forum Qualitative Social Research*, 19(2), 23. <https://doi.org/10.17169/fqs-19.2.2914>
- Karasz, A., & Singelis, T. M. (2009). Qualitative and mixed methods research in cross-cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(6), 909–916. <https://doi.org/10.1177/0022022109349172>
- Keller, A. M., & Hajji, R. (2021). Die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland: Zur Rolle der Lebenszufriedenheit als Mediator zwischen dem Gefühl „willkommen zu sein“ und der psychischen Gesundheit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(4), 354–360. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00833-0>
- Khatib, H. E., Alyafei, A., & Shaikh, M. (2023). Understanding experiences of mental health help-seeking in Arab populations around the world: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 324–324. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04827-4>
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Ashby, J. S., Templin, T., Ramaswamy, V., & Mohanesh, J. (2014). The traumatogenic dynamics of internalized stigma of mental illness among arab american, muslim, and refugee clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(4), 250–266. <https://doi.org/10.1177/1078390314542873>
- Kirmayer, L. (2013). The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor, and mechanism. *Heart Views*, 14(1), 39–40. <https://doi.org/10.4103/1995-705X.107123>
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a

- cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833–839.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014>
- Kohlenberger, J., Leitner, S., Buber-Ennsner, I. & Rengs, B. (2021). Psychosoziale Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe in Österreich: Zur Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten. In *Österreichische Akademie der Wissenschaften eBooks*. <https://epub.wu.ac.at/8068/>
- Kuckartz, U., Rädiker, S., Juventa Verlag, & Verlag. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Aufl.). Beltz Juventa.
- Latifeh, Y., Jaredh, M. W., Nasri, L., Shriedy, D., Al-Mahdi, A., & Murtada, M. W. (2022). Knowledge, stigma, and beliefs toward mental illnesses among schoolteachers in Damascus. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(5), 1054–1062.
<https://doi.org/10.1177/00207640211015701>
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. F. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. Vol. 4. pp. 229–252. E Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18–18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lindheimer, N., Karnouk, C., Hahn, E., Churbaji, D., Schilz, L., Rayes, D., Bajbouj, M., & Boege, K. (2020). Exploring the representation of depressive symptoms and the

- influence of stigma in arabic-speaking refugee outpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 579057–579057. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.579057>
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L. & Macaulay, H. L. (2004). Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services [Datensatz]. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t05528-000>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Nesterko, Y., Jaeckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>
- Nguyen, T. P., Guajardo, M. G. U., Sahle, B. W., Renzaho, A. M. N. & Slewa-Younan, S. (2022). Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(15). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03664-7>
- 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>
- Pleva, J. (2023). *Psychische Gesundheit von syrischen Geflüchteten in Österreich: Konzepte psychischer Erkrankungen und Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme*

- psychosozialer Unterstützungsangebote* (Masterarbeit, Universität Wien). U:theses Universität Wien. <https://utheses.univie.ac.at/detail/69283>
- Renner, A., Hoffmann, R., Nagl, M., Roehr, S., Jung, F., Grochtdreis, T., ... Kersting, A. (2020). Syrian refugees in Germany: Perspectives on mental health and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Research*, 129, 109906–109906. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109906>
- Renner, A., Jaeckle, D., Nagl, M., Hoffmann, R., Roehr, S., Jung, F., Grochtdreis, T., Dams, J., Koenig, H.-H., Riedel-Heller, S., & Kersting, A. (2021). Predictors of psychological distress in Syrian refugees with posttraumatic stress in Germany. *PloS One*, 16(8), e0254406–e0254406. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254406>
- Hapke, U., Cohrdes, C. & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4). <https://doi.org/10.25646/6221>
- Schlechter, P., Kamp, S., Wanninger, K., Knausenberger, J., Wagner, U., Wilkinson, P. O., Nohr, L., & Hellmann, J. H. (2021). Help-seeking attitudes and distress disclosure among Syrian refugees in Germany. *The Counseling Psychologist*, 49(3), 330–352. <https://doi.org/10.1177/0011000020974934>
- Schoenberger, S. F., Schönenberg, K., Fuhr, D. C., Nesterko, Y., Glaesmer, H., Sondorp, E., Woodward, A., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., Massazza, A., McKee, M., & Roberts, B. (2024). Mental healthcare access among resettled Syrian refugees in Leipzig, Germany. *Global Mental Health*, 11, e25. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.16>
- Statistik Austria. (2023). *Migration & Integration Statistisches Jahrbuch 2023*. Zugriff am 8.5.2024. https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/MIG2023.pdf
- Statistik Austria. (2024). *Asyl*. Zugriff am 30.04.2024. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/asyl>

- Subedi, P., Li, C., Gurung, A., Bizune, D., Dogbey, D., Johnson, C. C., & Yun, K. (2015). Mental health first aid training for the Bhutanese refugee community in the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 20–20.
<https://doi.org/10.1186/s13033-015-0012-z>
- Swed, S., Shoib, S., Hassan, N. A. I. F., Almoshantaf, M. B., Alkadi, S. M. S., AbdelQadir, Y. H., Ibrahim, N., Khair, L. T., Bakkour, A., Muwaili, A. H. H., Muwaili, D. H. H., Abdelmajid, F. A. A., Ahmad, E. M. S., Patwary, M. M., Sawaf, B., Albuni, M. K., Battikh, E., Elkalagi, N. K. H., & Weinstein, A. A. (2022). Stigmatizing attitudes towards depression among university students in Syria. *PloS One*, 17(9), e0273483.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273483>
- Taylor-Rodgers, E., & Batterham, P. J. (2014). Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: Randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 65–71.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.047>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (1951). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951*. Zugriff am 16.05.2024.
https://www.unhcr.org/dach/wpcontent/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf
- Wolfersdorf, M. (2011). *Depressionen verstehen und bewältigen*. Springer-Verlag.
- Woodward, A., Fuhr, D. C., Barry, A. S., Balabanova, D., Sondorp, E., Dieleman, M. A., Pratley, P., Schoenberger, S. F., McKee, M., Ilkkursun, Z., Acarturk, C., Burchert, S., Knaevelsrud, C., Brown, F. L., Steen, F., Spaaij, J., Morina, N., De Graaff, A. M., Sijbrandij, M., . . . Roberts, B. (2023). Health system responsiveness to the mental health needs of Syrian refugees: mixed-methods rapid appraisals in eight host countries in Europe and the Middle East. *Open Research Europe*, 3, 14.
<https://doi.org/10.12688/openreseurope.15293.1>

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems. (10th revision). Zugriff am 10.1.2025.

<https://icd.who.int/browse10/2019/en>

World Health Organization. (2021). Refugee and migrant health: global competency standards for health workers. Zugriff am 30.4.2024.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030626>

6. Anhang

6.1. Anhang A

6.1.1. *Abstract Deutsch*

Syrische Geflüchtete stellen die größte Gruppe von Geflüchteten in Österreich dar. Sie sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt und zeigen im Vergleich zur österreichischen Allgemeinbevölkerung eine stark erhöhte Prävalenz von Depressionen. Trotz dieses erhöhten Bedarfs ist die Rate der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote in dieser Population gering. Die Ursachen werden in kulturell bedingten Krankheitskonzepten und diversen anderen Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote vermutet. Aus Syrien geflüchtete Frauen sind zusätzlichen geschlechtsspezifischen Stressoren ausgesetzt, weswegen Forschung zu ihren spezifischen Bedürfnissen besondere Relevanz hat.

Die vorliegende Masterarbeit untersuchte anhand einer qualitativen Fokusgruppendifkussion mit $N = 4$ Teilnehmerinnen die in der Population weiblicher syrischer Geflüchteter vorliegenden Krankheitskonzepte und wahrgenommene Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote. Grundlage der Diskussion bildete eine fiktive Fallvignette die eine Person mit depressiver Symptomatik nach ICD-10 beschreibt. Anhand eines semi-strukturierten Interviewleitfadens wurden die Krankheitskonzepte, das Hilfesuchverhalten bei einer vorliegenden psychischen Störung, sowie die Bedürfnislage und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung erfragt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2006).

Die Teilnehmerinnen der Studie zeigten unterschiedliche Überzeugungen darüber, ob es sich bei den in der Fallvignette beschriebenen Symptomen um eine psychische Störung handelte. Eine Teilnehmerin erkannte und benannte die Symptome als Depression, andere Teilnehmerinnen beschrieben sie als anderweitiges Problem. Unter den weiblichen syrischen Geflüchteten wurde neben der informellen Hilfe durch die Familie und der Religion als Stütze, die Inanspruchnahme formeller psychosozialer Hilfe befürwortet. Professionalität und Verschwiegenheit eines Psychiaters wurden hierbei betont. Die größte Barriere bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote stellte für die Stichprobe die Stigmatisierung durch das soziale Umfeld dar. Wünsche nach Verbesserungen von staatlicher Seite bezogen sich auf von den Teilnehmerinnen erlebte Postmigrationsstressoren. Neben dem Wunsch nach mehr Deutschkursen bestand hier ein starkes Bedürfnis nach einer Verkürzung des Asylprozesses und mehr Sicherheit vor Abschiebungen.

6.1.2. *Abstract English*

Syrian refugees make up the largest group of refugees in Austria. They are exposed to severe psychological stress and have a much higher prevalence of depression than the general Austrian population. Despite the increased need, the rate of utilisation of psychosocial services in this population is very low. The reasons for this are thought to be culturally determined illness perceptions and various other barriers to the access of psychosocial services. Female refugees from Syria are exposed to additional gender-specific stressors, which is why research into their specific needs is particularly relevant.

This master's thesis used a qualitative focus group discussion with $N = 4$ participants to investigate the illness perceptions and perceived barriers to the utilisation of psychosocial support services in the population of female Syrian refugees. The basis of the group discussion was a fictitious case vignette describing a person with depressive symptoms according to ICD-10. Using a semi-structured interview guide, illness perceptions, help-seeking behaviour in the case of a mental disorder, as well as the needs and use of psychosocial services were surveyed. The evaluation was carried out using the thematic analysis according to Braun & Clarke (2006).

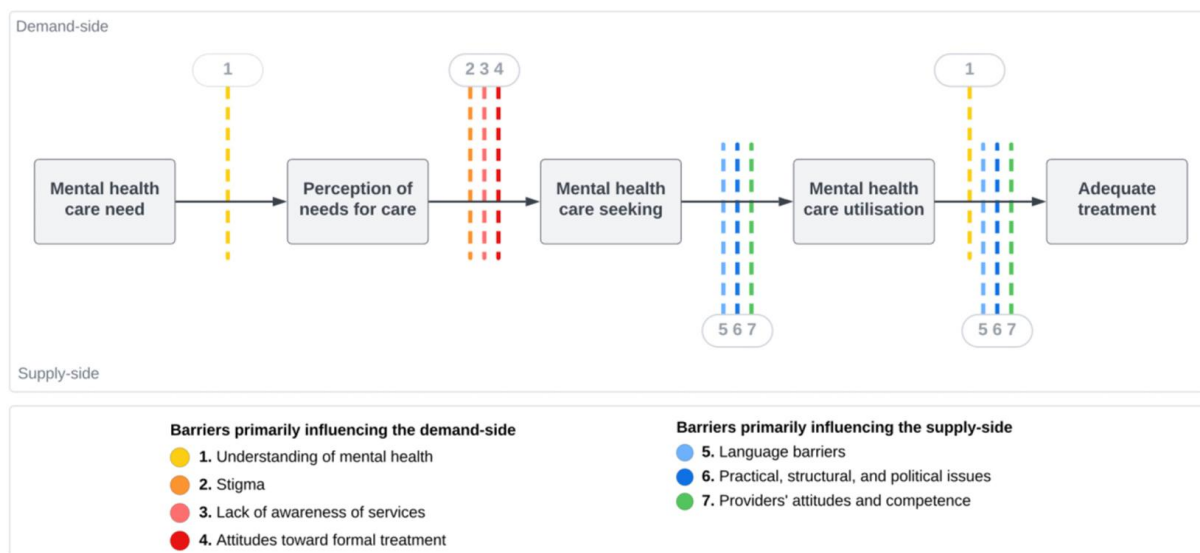
The participants in the study had different opinions as to whether the symptoms described in the case vignette were a mental disorder. One participant recognised and named the symptoms as depression, while other participants described them as another problem. Among the female Syrian refugees, the use of formal psychosocial help was favored in addition to informal help from family and religion as other sources of support. The professionalism and confidentiality of a psychiatrist were emphasised.

The greatest barrier to accessing psychosocial services for the sample was shame and the fear of stigmatisation by the social network. Unmet needs related to post-migration stressors experienced by the participants. In addition to the desire for more German courses, there was a need for the asylum process to be shortened and for more security against deportation.

6.2. Anhang B

Abbildung 1

Zentrale Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote für Geflüchtete in einkommensstarken Ländern (Dumke et al., 2024)



Anmerkung: Abbildung 1 wurde dem Paper „Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework” von Dumke et al., 2024, S. 7 entnommen.

6.3. Anhang C

Tabelle 1

Semi-strukturierter Interviewleitfaden

Cluster	Fragen
1. Illness Perception	„Was, wenn überhaupt vorhanden, ist das Problem?“ „Wie würden Sie das Problem bezeichnen?“ „Hat diese Person eine Krankheit? Wenn ja, welche?“ „Was verstehen Sie unter ‚seelische Erkrankung‘/ ‚psychische Erkrankung‘?“ „Haben Sie Verständnis für den Zustand der Person?“ „Wie schwerwiegend ist das Problem der Person?“ „Was sind mögliche Gründe für ihr Befinden?“ „Welche Konsequenzen können mit dem Problem einhergehen?“ „Welche Auswirkungen hat das Problem auf das Leben in der Community?“
2. Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote	„Was kann diese Person selbst tun, damit es ihr besser geht?“ „Wo sollte sich diese Person Ihrer Meinung nach Hilfe suchen?“ „Wie kann eine Behandlung aussehen? Wäre sie wirksam?“ „Wie würde eine traditionelle Behandlung in Ihrem Heimatland aussehen?“ Falls nicht erwähnt: Option psychologischer Hilfe erwähnen u. definieren. „Was spricht für die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe?“ „Was spricht gegen die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe?“

Falls nicht erwähnt: „Welche Rolle spielt Religion bei solchen Beschwerden?“

„Was passiert, wenn diese Person sich nicht in Behandlung begibt?“

3. Psychosoziale Versorgung

„Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit psychosozialen Angeboten in Österreich gemacht?“

„Wie gut fühlen Sie persönlich sich in Bezug auf psychosoziale Bedürfnisse von staatlicher Seite versorgt?“

„Welche psychosozialen Bedürfnisse geflüchteter Personen werden von staatlichen Services derzeit nicht ausreichend beachtet?“

Mögliche Nachfrage: „Welche weiteren Maßnahmen wünschen Sie sich?“

6.4. Anhang D

Tabelle 2

Codesystem der Fokusgruppendifkussion mit weiblichen syrischen Geflüchteten

Hauptkategorie	Subkategorien
1. Krankheitskonzepte Depression	1.1. Definition der Symptome als Krankheit oder Störung 1.2. Ursachenzuschreibung 1.2.1. Zugrundliegendes Problem 1.2.2. Persönlichkeit der Person 1.2.3. Druck durch die Familie 1.2.4. Wertlosigkeit, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit 1.2.5. Postmigrationsstressoren 1.2.6. Verluste 1.3. Konsequenz der Störung & Auswirkung keiner Behandlung 1.3.1. Gesellschaftliches Leben 1.3.2. Verschlechterung des Zustandes & Suizid
2. Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen	2.1. Informelle Behandlungsmethoden 2.1.1. Hilfe durch vertraute Person/Familie 2.1.2. Religion als Stütze 2.1.3. Individuelle Bewältigungsstrategien 2.2. Formelle psychosoziale Behandlungsmethoden 2.2.1. Gesprächstherapie mit Psychiater*in 2.2.2. Psychopharmaka-Behandlung 2.3. Vorteile der Inanspruchnahme formeller Behandlung 2.3.1. Wirksamkeit 2.3.2. Absolute Verschwiegenheit 2.3.3. Professionalität

	2.3.4. Linderung der Beschwerden und Verhindern von Suizid
	2.3.5. In Österreich normalisiert
	2.4. Eigene Erfahrungen mit psychischen Störungen und psychosozialen Hilfsangeboten
Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote & Wünsche nach Verbesserung	3.1. Angst vor Stigmatisierung 3.1.1. Soziale Isolation 3.1.2. Nicht ernstgenommen werden 3.2. Wirkungslosigkeit medikamentöser Behandlung 3.3. Wünsche nach Verbesserung 3.3.1. Schnellere Asylprozesse 3.3.2. Mehr Sicherheit vor Abschiebung 3.3.3. Mehr Deutschkurse
