

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der  
Universität Ulm am BKH Günzburg**

**Ärztlicher Direktor:**

**Prof. Dr. Thomas Becker**

**Krankheitskonzept und Bewältigung psychischer  
Krisen und Erkrankungen unter syrischen  
Flüchtlingen**

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät  
der Universität Ulm**

**Mouayad Enjaieh**

**Damaskus**

**2022**

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Nicolas Rüsç

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

Tag der Promotion: 11.05.2023

Für Samuel

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
<b>1.1 Migration im Kontext der transkulturellen Psychiatrie</b> .....	3
<b>1.2 Definition der zentralen Konzepte</b> .....	5
1.2.1 <i>Migration</i> .....	5
1.2.2 <i>Migrant, Migrationshintergrund, Geflüchteter, Asylbewerber</i> .....	5
1.2.3 <i>Krankheitskonzept</i> .....	6
1.2.4 <i>Ressourcen</i> .....	7
<b>1.3 Interkulturelle Herausforderungen bei der Behandlung syrischer Geflüchteter</b> 9	
<b>1.4 Bedeutung des Krankheitskonzepts für die Behandlung und Bewältigung psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten</b> .....	14
<b>1.5 Ressourcen im Kontext des Krankheitskonzepts</b> .....	18
<b>1.6 Herleitung der Forschungsfrage</b> .....	22
<b>2. Material und Methoden</b> .....	25
<b>2.1 Vorgehen bei der Auswahl und Ansprache der Probanden und bei der Durchführung der Interviews</b> .....	25
<b>2.2 Vorgehen bei der Entwicklung des Interviewleitfadens</b> .....	28
<b>2.3 Vorgehen bei der Entwicklung des Kategoriensystems und der Datenanalyse mittels der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring</b> .....	30
<b>2.4 Anmerkungen zur Forschungsmethode</b> .....	41
2.4.1 <i>Das nachträgliche Erzählen</i> .....	42
2.4.2 <i>Aufgedrängte Validität</i> .....	42
2.4.3 <i>Unterschiedliche Muttersprachen und Zahl der rekrutierten Probanden</i> .....	43
<b>3. Ergebnisse</b> .....	44
<b>3.1 Krankheitskonzept</b> .....	44
3.1.1 <i>Bedingungen von Krankheit und Gesundheit sowie generelles Krankheitskonzept</i> .....	44
3.1.2 <i>Krankheitsursachen</i> .....	45
3.1.3 <i>Beschreibung und Interpretation der Symptome / Symptomausprägungen</i> .....	45
3.1.4 <i>Subjektiv wahrgenommener Sinn oder Bedrohlichkeit der Erkrankung</i> .....	46
3.1.5 <i>Subjektive Vorstellungen zu Behandl- und Kontrollierbarkeit der Erkrankung</i> .....	46
<b>3.2 Ressourcen</b> .....	47
3.2.1 <i>Soziale Unterstützung</i> .....	47
3.2.2 <i>Positive Emotionen und Optimismus</i> .....	48
3.2.3 <i>Bewältigungsstrategien</i> .....	49
3.2.4 <i>Religiosität</i> .....	49
3.2.5 <i>Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl</i> .....	50

3.2.6 Institutionelle oder strukturelle Ressourcen.....	50
<b>3.3 Vulnerabilitätsfaktoren.....</b>	<b>51</b>
3.3.1 Verlust- und Trennungserfahrungen.....	51
3.3.2 Soziale Isolation, soziale Ablehnung, mangelnde soziale Unterstützung.....	52
3.3.3 Umgebungsbedingungen und strukturelle Bedingungen.....	52
<b>3.4 Offenlegungsvorbehalte.....</b>	<b>54</b>
3.4.1 Soziale Vorbehalte und Rollenkonflikte.....	54
3.4.2 Kulturell und religiös bedingte Vorbehalte.....	55
3.4.3 Krankheitsbezogene Vorbehalte.....	56
3.4.4 Die Offenlegung begünstigende Faktoren.....	56
<b>3.5 Zusammenfassung.....</b>	<b>57</b>
<b>4. Diskussion.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1 Beantwortung der Forschungsfrage.....</b>	<b>59</b>
4.1.1 Allgemeine Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit.....	59
4.1.2 Krankheitsursachen und Symptombeschreibung.....	59
4.1.3 Behandelbarkeit.....	60
4.1.4 Ressourcen.....	61
4.1.5 Vulnerabilitätsfaktoren.....	61
4.1.6 Offenlegungsvorbehalte.....	62
<b>4.2 Praktische Implikationen.....</b>	<b>62</b>
<b>4.3 Limitationen der Studie.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4 Schlussfolgerung.....</b>	<b>69</b>
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>71</b>
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>73</b>
<b>Anhang A: Interviewleitfaden.....</b>	<b>79</b>
Das Original aus dem Arabischen wurde ins Deutsche übersetzt.....	79
<b>Anhang B: Soziodemografischer und klinischer Fragebogen.....</b>	<b>82</b>
Das Original aus dem Arabischen wurde ins Deutsche übersetzt.....	82
<b>Anhang C: Kodierleitfaden.....</b>	<b>85</b>
<b>Anhang D: Auswertungsmatrix.....</b>	<b>91</b>
Detaillierte Ergebnisse aus den Interviews syrischer Flüchtlinge werden hier nach Endfassung des Kategoriensystems für die Inhaltsanalyse sortiert (Abbildung 6) und in Tabellen dargelegt.....	91
<b>Lebenslauf.....</b>	<b>152</b>

## 1. Einleitung

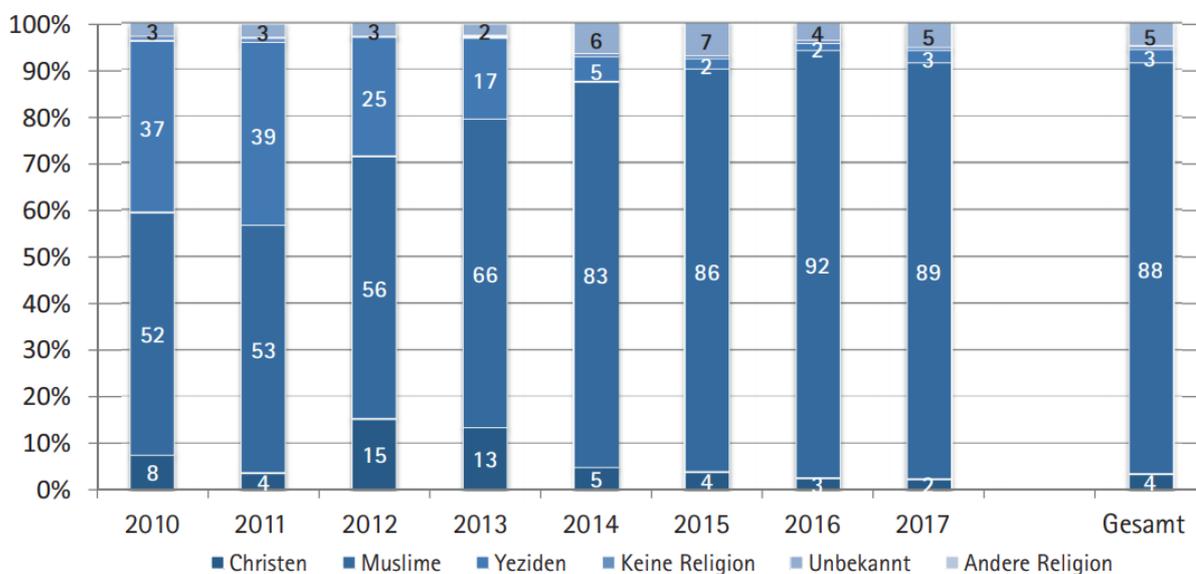
In den Jahren 2015 und 2016 kamen Asylsuchende in einer so großen Zahl nach Deutschland, wie sie sich zuletzt in den frühen 1990er Jahren konstatieren ließ. Hierbei stellen syrische Geflüchtete die größte Herkunftsgruppe dar (Tabelle 1) [56, 61]. Die zweit- und drittgrößte Gruppe bilden Menschen aus dem Irak und Afghanistan. Ende 2018 lebten mehr als 700.000 syrische Staatsangehörige in Deutschland. Verglichen mit der Zeit vor Ausbruch des Krieges in Syrien sind dies 23-mal mehr syrische Staatsangehörige. Hierdurch hat sich diese Population sehr rasch, im Laufe von nur wenigen Jahren, zur drittgrößten Gruppe ausländischer Staatsangehöriger in Deutschland entwickelt (Türken und Polen bilden die größte und zweitgrößte Gruppe). Hierdurch kommt es zu kulturellen, demographischen und soziostrukturellen Veränderungen in der Bevölkerung in Deutschland [61].

**Tab. 1:** Statistisches Bundesamt (Destatis), Herkunft der Schutzsuchenden [56].

Schutzsuchende nach Schutzstatus am 31.12.2018

Ersteinreisejahr und 10 häufigsten Herkunftsländer	Ausländische Bevölkerung	darunter: Schutzsuchende	davon: nach Schutzstatus				
			offen	anerkannt			abgelehnt
				insgesamt	befristet	unbefristet	
<b>Insgesamt</b>	10 915 455	1 781 750	306 095	1 283 225	1 017 760	265 465	192 430
mit Ersteinreise 2010 bis 2018 insgesamt	5 784 735	1 424 255	302 480	958 390	928 980	29 410	163 390
darunter nach Herkunftsland							
<b>Syrien</b>	724 670	538 570	21 960	512 770	507 100	5 670	3 845
Afghanistan	232 960	198 990	63 945	116 545	112 835	3 710	18 500
Irak	204 325	156 775	35 295	108 910	102 705	6 205	12 570
Iran	88 305	57 365	20 895	32 305	28 425	3 880	4 165
Eritrea	67 050	56 985	4 980	50 315	49 540	775	1 690
Nigeria	54 960	33 125	19 370	6 265	6 200	70	7 490
Somalia	39 950	32 770	8 490	21 230	20 070	1 160	3 050
Russische Föderation	106 620	32 305	15 620	7 470	5 905	1 565	9 215
Pakistan	58 215	27 535	12 860	6 355	5 235	1 120	8 315
Türkei	138 515	22 845	13 970	6 810	6 585	225	2 065

Des Weiteren legen statistische Daten (Abbildung 1) die Schlussfolgerung nahe, dass mehr als die Hälfte der Geflüchteten aus Syrien, welche unmittelbar nach Kriegsbeginn oder kurz zuvor nach Deutschland kamen, ethnisch-religiösen Minderheiten angehört (v. a. Yeziden). Arabische Muslime bilden die zweite Hälfte. Ihr Anteil an den Geflüchteten aus Syrien nahm nach Kriegsbeginn im Verhältnis zu den ethnisch-religiösen Minderheiten zu. Dementsprechend wäre es falsch, von einer homogenen syrischen Diaspora in Deutschland zu sprechen [47, 61].



**Abb. 1:** Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), syrische Asylwerber nach Religionszugehörigkeit, 2010-2017 in Prozent [61, S. 5]. Mit freundlicher Genehmigung von: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, [www.gesis.org/hsr](http://www.gesis.org/hsr).

Angesichts dieser starken Zunahme syrischer Migranten steht das deutsche Gesundheitssystem vor der Herausforderung, sich auf die speziellen Bedürfnisse dieser neuen Bevölkerungsgruppe einzustellen. Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil ein relativ großer Teil dieser Gruppe eine vergleichsweise hohe Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aufweist (siehe Kapitel 1.1). Gleichzeitig dürfte die Mehrzahl der syrischen Migranten aufgrund interkultureller Unterschiede ein Krankheitskonzept in Bezug auf psychische Erkrankungen aufweisen, welches sich recht stark von dem in der autochthonen deutschen Bevölkerung vorherrschenden Krankheitskonzept unterscheiden dürfte. Wie im nachfolgenden Kapitel hergeleitet werden wird, ist für eine erfolgreiche Behandlung ein geteiltes

Krankheitskonzept zwischen Patient und Arzt notwendig. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn typische Inhalte des Krankheitskonzepts der jeweiligen Gruppe (in diesem Fall: syrischer Migranten) bekannt sind.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Krankheitskonzepten von psychisch erkrankten Flüchtlingen aus Syrien und untersucht, was diese unter psychischen Erkrankungen verstehen, wie sie ihre psychische Erkrankung bzw. psychische Belastung offenlegen und bewältigen und in welcher Weise sie psychiatrische Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Damit trägt die Studie zu einem verbesserten Verständnis der subjektiven Krankheitskonzepte syrischer Geflüchteter mit psychischen Erkrankungen und zur Entwicklung angemessener Angebote bei.

### **1.1 Migration im Kontext der transkulturellen Psychiatrie**

Migration ist ein weltweites Phänomen, welches grundsätzlich schon immer besteht, jedoch insbesondere im Laufe der vergangenen zweihundert Jahre signifikant zugenommen hat. Dieser Umstand wird sich in absehbarer Zukunft kaum ändern [55]. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind schwierige Lebensumstände die primäre Motivation für eine Emigration. Auch in jüngerer Zeit sind die häufigsten Gründe dafür, das Heimatland zu verlassen, Gewalt, Krieg, oder politischen Verfolgung bzw. gesellschaftliche Ächtung aufgrund einer Zugehörigkeit zu einer politisch verfolgten oder sozial geächteten Gruppe [39].

In der Forschung wird grundsätzlich jede Art von Migration als kritisches Lebensereignis betrachtet, das jedoch keinesfalls zwangsweise zu einer erhöhten Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung führen muss. Insbesondere wenn entsprechende Ressourcen vorliegen, die diese Vulnerabilität ausgleichen können (z. B. soziale Unterstützung oder ökonomische Ressourcen), kann eine Migration unproblematisch verlaufen. Ebenso ist in der Literatur der so genannte ‚healthy migrant‘-Effekt bekannt, wonach Neuankömmlinge häufig in einem sehr guten gesundheitlichen Zustand sind, dieser Zustand sich jedoch u. a. durch soziale und wirtschaftliche Hindernisse und Benachteiligungen umkehren kann [41]. Zusätzlich liegen Befunde vor, welche darauf hindeuten, dass Menschen, die unfreiwillig migrieren (insbesondere wenn sie, wie es häufig bei Kriegsflüchtlingen der Fall ist,

zusätzlich Gewalt erfahren haben) gegenüber Menschen, die freiwillig migrieren (z. B. Arbeitsmigration), tendenziell vulnerabler sind. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf stressbezogene psychische Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Angststörungen und depressive Störungen [13, 41].

Unabhängig von der Vulnerabilität bestimmter Gruppen von Migranten bringen die zunehmenden Migrationsströme und die mit ihnen einhergehende kulturelle Vermischung auch große Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der Zielländer und für die konkrete Behandlung der Menschen mit sich. Neben Sprachbarrieren als offensichtlichste interkulturelle Hürde spielen insbesondere auch unterschiedliche Auffassungen bzw. Konzepte von Krankheit und der wirksamen Behandlung von Krankheiten eine zentrale Rolle: Ein klares und sowohl vom Patienten als auch vom behandelnden Arzt akzeptiertes Krankheitskonzept kann als wichtige Grundlage für den Behandlungserfolg erachtet werden. Dies gilt insbesondere bei langfristigen Behandlungen [6]. Im Zusammenspiel mit einer generellen Entwicklung hin zu einer eher gleichberechtigten Beziehung zwischen Arzt und Patient hat sich des Weiteren der Schwerpunkt des Forschungsfelds der transkulturellen Psychiatrie im Laufe der vergangenen Jahre verschoben: Stand früher eher die Frage nach unterschiedlichen bzw. ähnlichen Erscheinungsbildern von Erkrankungen im Fokus, so geht es heute eher um die Frage, wie den spezifischen Bedürfnissen von Migranten Rechnung getragen und ihre Gesundheit gezielt gefördert werden kann [42]. In diesem Kontext ist auch die vorliegende Arbeit zu sehen.

Der verbleibende Teil dieses Kapitels dient dazu, den für das Verständnis der Ziele und der Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit notwendigen, theoretischen Hintergrund zu vermitteln. Hierzu werden zunächst die zentralen Konzepte, welche im Fokus der vorliegenden Studie stehen, definiert. Anschließend werden die wichtigsten Herausforderungen beschrieben, die sich bei der Behandlung von Migranten (insbesondere von Geflüchteten) aufgrund interkultureller Unterschiede ergeben. Im sich hieran anschließenden Teilkapitel wird der Fokus dann nochmals weiter auf das Krankheitskonzept und seine Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung verengt. Eine kurze Erörterung der Bedeutung von Ressourcen im

Kontext des Krankheitskonzepts ist ebenfalls erforderlich. Abschließend wird im letzten Teilkapitel die Forschungsfrage hergeleitet, welche den Ausgangspunkt für den empirischen Teil der vorliegenden Untersuchung bildet.

## **1.2 Definition der zentralen Konzepte**

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Krankheitskonzepts und seiner Bedeutung im Kontext der spezifischen Bedürfnisse von Migranten erfordert zunächst eine Definition der in dieser Auseinandersetzung genutzten, zentralen Begriffe und Konzepte. Dies ist Gegenstand des vorliegenden Teilkapitels.

### *1.2.1 Migration*

Laut Machleidt und Kollegen ist das entscheidende Kriterium für Migration, dass eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt [42]. Somit fällt durchaus auch eine Verlegung des Lebensmittelpunktes innerhalb eines Landes unter den Begriff ‚Migration‘. Diese letztgenannte Bedeutungsfacette ist jedoch nur in den seltensten Fällen gemeint, wenn von Migration die Rede ist, obgleich sie nur selten explizit ausgeklammert wird. Für die vorliegende Arbeit soll dies aus Gründen der Klarheit jedoch erfolgen: Wenn also im Folgenden von ‚Migration‘ die Rede ist, ist damit immer eine Verlegung des Lebensmittelpunktes in ein anderes Land gemeint. Konkret befasst sich die vorliegende Arbeit mit Migration aufgrund von Krieg aus Syrien nach Deutschland.

### *1.2.2 Migrant, Migrationshintergrund, Geflüchteter, Asylbewerber*

Aufbauend auf der im vorangegangenen Abschnitt getroffenen Definition von ‚Migration‘ lässt sich dann auch der Begriff ‚Migrant‘ definieren: Ein Migrant ist demnach jede Person, die ihren Lebensmittelpunkt in ein anderes Land verlegt hat [13, 42].

Abzugrenzen ist der Begriff ‚Migrant‘ von dem der ‚Person mit Migrationshintergrund‘. In Deutschland gelten alle Menschen als Personen mit Migrationshintergrund, die (1) nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik

Deutschland (also einschließlich der neuen Bundesländer) migriert sind, sowie (2) alle Ausländer, die in Deutschland geboren sind, und (3) alle in Deutschland als Deutsche Geborenen, die mindestens einen Elternteil haben, der zugewandert oder Ausländer ist [13]. ‚Person mit Migrationshintergrund‘ stellt also gegenüber dem ‚Migrant‘ den umfassenderen Begriff dar. Diese Ausweitung des Begriffes wurde laut Erim und Morawa deshalb vorgenommen, weil der Prozess der Migration und dessen Folgen und Bedingungen nicht nur das Leben der ersten, migrierenden Generation (= Migranten) beeinflusst, sondern auch das der nachfolgenden, bereits im Aufnahmeland Geborenen (= Personen mit Migrationshintergrund) [13].

‚Geflüchtete‘ bzw. ‚Flüchtlinge‘ sind eine Untergruppe der Migranten, die nicht freiwillig aus ihrem Heimatland migriert sind. Die konkrete Fluchtursache (z. B. Krieg, Naturkatastrophen, politische Verfolgung, Verfolgung aufgrund einer bestimmten sexuellen Identität usw.) ist hierbei nicht von Bedeutung [13, 33]. ‚Asylbewerber‘ schließlich sind wiederum eine Untergruppe der Geflüchteten: Es handelt sich hierbei um diejenigen Geflüchteten, die im jeweiligen Aufnahmeland einen Antrag auf Asyl stellen (d. h., einen Antrag auf Schutz bzw. Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft). Wird diesem Antrag stattgegeben, so endet der Status als Asylbewerber, und die Person gilt stattdessen als ‚anerkannter Flüchtling‘ und erhält alle bürgerlichen Rechte, die auch allen übrigen Staatsbürgern zustehen, sowie häufig auch das Recht auf spätere Einbürgerung [53].

### *1.2.3 Krankheitskonzept*

Ein Krankheitskonzept bezeichnet die Gesamtheit der Vorstellungen, Emotionen, Ziele und Wünsche eines Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung, insbesondere im Hinblick auf die Ursachen und die Entwicklung der Krankheit, ihrer Symptome und aussichtsreicher Therapieansätze zu ihrer Behandlung [57]. In der Literatur werden teilweise auch Synonyme wie ‚Laienvorstellungen‘, ‚Laientheorie‘, subjektive mentale Modelle oder subjektive Vorstellungen verwendet [20, 22, 49]. Dem Krankheitskonzept kommt eine große Bedeutung für den Behandlungserfolg zu, da es von diesem u. a. abhängt, welche Behandlung vom Patienten gewählt wird (z. B. eher natur-wissenschaftlich oder eher durch magisches Denken geprägt), von wem diese Behandlung seinem Wunsch nach durchgeführt werden soll und wie

genau den Empfehlungen des Behandelnden Folge geleistet wird. Es ist daher für eine erfolgreiche Behandlung von vordringlicher Bedeutung, dass Arzt und Patient ein gemeinsames Krankheitskonzept teilen [53].

Das Krankheitskonzept, bzw. dessen Inhalte, sind hierbei stark kulturell geprägt. So sind bspw. in religiös geprägten Kulturen häufig religiös geprägte Behandlungsansätze zu finden. Beispielsweise kommt es nicht selten vor, dass eine Krankheit in einer solchen Kultur als Prüfung oder Strafe Gottes interpretiert wird, was dann wiederum einen stoischen Umgang mit der Krankheit erklärt [13]. Auch Krankheitsbilder und die Auffassung der Symptome dieser Krankheitsbilder als Folge des Krankheitskonzepts können sich interkulturell stark unterscheiden: So berichtet bspw. Pfeiffer, dass der oft mit einer Schizophrenie einhergehende soziale und emotionale Rückzug (Autismus) in kollektivistischen Kulturen wie einigen südostasiatischen Kulturen weniger stark ausgeprägt ist als in individualistischen Kulturen. Ebenso ist hinsichtlich des affektiven Ausdrucks eher ein neutraler bis freundlicher Ausdruck zu beobachten, während in europäischen Kulturen hier eher ein negativer Ausdruck zu beobachten ist [45]. Auch diese unterschiedlichen Symptomausprägungen können als Teil des Krankheitskonzepts betrachtet werden.

#### *1.2.4 Ressourcen*

Seit ca. Ende des Zweiten Weltkriegs vollzog sich in der Medizin ein Paradigmenwechsel in Bezug auf die Auffassung von Krankheit und Gesundheit. Herrschte zuvor noch eine primär pathogenetische Sichtweise vor, so vollzog sich spätestens in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts mit der Theorie der Salutogenese nach Antonovsky ein Wechsel hin zu einer eher ressourcenorientierten bzw. salutogenetisch geprägten Sichtweise [1]. Die WHO postulierte bereits 1948 im Rahmen ihrer Konstituierung eine Auffassung, der zufolge ‚Gesundheit‘ als ein Zustand vollständigen körperlichen, mentalen und sozialen Wohlergehens zu betrachten sei und nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit [62]. In diesem Kontext ist auch der Begriff der Ressource zu sehen. Die Salutogenese ist nicht als Gegenentwurf zu pathogenetischen Sichtweisen zu betrachten, sondern vielmehr als deren Ergänzung. Während die letztgenannten Sichtweisen die Frage in den Fokus stellen, was Menschen krank macht, stellt die

Salutogenese die Frage, welche Faktoren Menschen (insbesondere unter widrigen Umständen) gesund erhalten bzw. wie Menschen (schnell) wieder gesunden. Antonovsky betrachtet hierfür Ressourcen als zentralen Wirkfaktor [1]. Der Begriff kann als Oberbegriff für alle inneren und äußeren Faktoren, Potenziale und Einflüsse betrachtet werden, welche zur Gesunderhaltung eines Menschen, insbesondere unter widrigen Umständen, beitragen [22, 44]. Beispiele hierfür sind u. a. soziale Unterstützung durch ein Netzwerk von Beziehungen, ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl, oder positive Emotionen [1, 13, 44]. Belastungs- oder Vulnerabilitätsfaktoren stellen das Gegenstück der Ressourcen dar: Es handelt sich hierbei um Faktoren, welche die Entwicklung von Krankheit begünstigen, indem sie bspw. die Widerstandskraft gegen pathogene Einflüsse senken [1, 13].

Ressourcen können bei Belastungen und kritischen Lebensereignissen aller Art (z. B. Migration) zu einer Aufrechterhaltung und Anpassung bzw. schnellen Wiederherstellung der Gesundheit beitragen, wodurch sich ihre Relevanz für den hier untersuchten Themenkomplex ergibt. Umgekehrt begünstigen Belastungsfaktoren eine erhöhte Vulnerabilität im Zuge einer Migration. Es lassen sich des Weiteren Ressourcen und Belastungsfaktoren benennen, welche für den spezifischen Kontext der Migration von besonderer Bedeutung sind. Demnach stellen insbesondere die folgenden Faktoren migrationsspezifische Belastungsfaktoren da: (1) Verlusterlebnisse und Trennungssängste in Bezug auf Familie und Freunde im Herkunftsland, (2) soziale Isolation, (3) Notwendigkeit des Erwerbs einer neuen und fremden Sprache, (4) juristische und ökonomische Unsicherheiten (z. B. ungeklärter Aufenthaltsstatus), (5) (wahrgenommene) Ablehnung, Feindseligkeit oder Stigmatisierung im Aufnahmeland, (6) Rollenkonflikte, bspw. aufgrund von widerstreitenden Wünschen und Erwartungen des Migranten und seiner Familie [9, 13]. Migrationsspezifische Ressourcen sind insbesondere (familiäre) soziale Unterstützung (durch Nachzug oder Mit-Migration der Familie des Migranten) und ökonomische Ressourcen, eine positive Bewertung des Migrationsprozesses, bzw. der Migration an sich, positive Emotionen und Optimismus, sowie internale Kontrollüberzeugungen und flexible Bewältigungsstrategien und Fähigkeiten [13, 52].

### **1.3 Interkulturelle Herausforderungen bei der Behandlung syrischer Geflüchteter**

Migranten kommen häufig aus Kulturen, die sich von der westeuropäischen unterscheiden. Dies gilt auch für die in der vorliegenden Studie untersuchte Population der Geflüchteten syrischer Herkunft. Eine der am häufigsten zitierten Taxonomien für die Beschreibung kultureller Unterschiede ist die von Hofstede [24, 25, 27]. Hofstede betrachtet ‚Kultur‘ hierbei als eine kollektive, mentale Programmierung, durch welche sich soziale Gruppen voneinander unterscheiden lassen [26]. Hofstede fokussiert hierbei insbesondere auf Nationen und deren kulturelle Unterschiede, weshalb sein Ansatz für die hier betrachtete, länderspezifische Thematik der Migration von Syrien nach Deutschland als besonders geeignet erscheint. Hofstede beschrieb interkulturelle Unterschiede anhand von zunächst vier, später (ab den späten Achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts) fünf und seit 2010 anhand von sechs Dimensionen, die im Folgenden kurz erörtert werden sollen.

Die Dimension ‚Individualismus / Kollektivismus‘ (Individualism / Collectivism) wird häufig als die wichtigste Dimension betrachtet, anhand derer sich nationale Kulturen unterscheiden lassen [13]. In individualistischen Kulturen wird von den Mitgliedern einer Gesellschaft erwartet, dass sie ‚auf eigenen Beinen stehen‘ und in erster Linie die eigenen Interessen und die der eigenen Kernfamilie verfolgen. Im Gegensatz dazu sind die sozialen Beziehungen in kollektivistischen Kulturen im Durchschnitt enger und basieren weniger auf Freiwilligkeit, sondern auf Gruppenzugehörigkeit. Eigene Interessen werden denen der Gruppe untergeordnet, welche im Gegenzug ebenfalls entsprechende Unterstützung und Loyalität gewährt [24, 25].

‚Machtdistanz‘ (Power Distance) bezeichnet den Grad, zu dem eine Gesellschaft (bzw. Kultur) die Tatsache akzeptiert, dass Macht in Organisationen und Institutionen ungleich verteilt ist. Das heißt, in Kulturen mit einer hohen Machtdistanz herrschen in Institutionen üblicherweise steile Hierarchien vor, während diese in Kulturen mit einer niedrigen Machtdistanz im Durchschnitt flacher sind [24, 25].

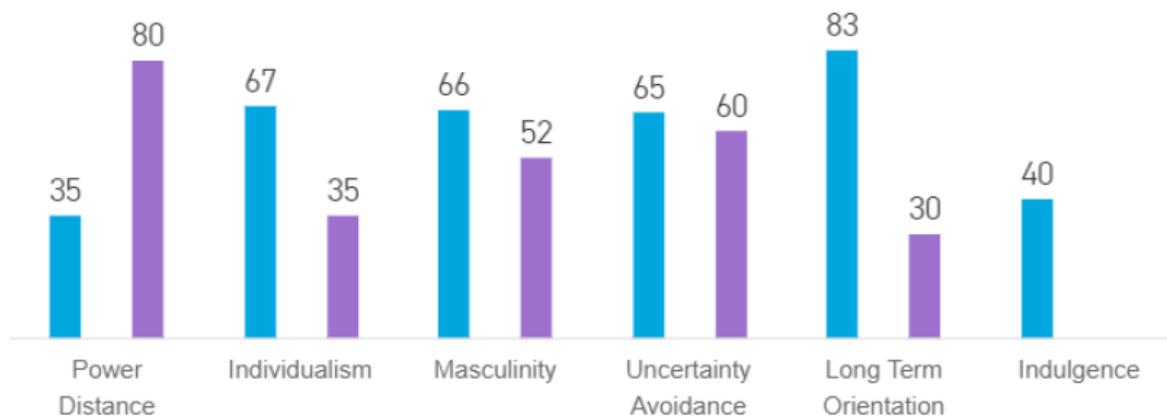
‚Unsicherheitsvermeidung‘ (Uncertainty Avoidance) bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Gesellschaft z. B. durch formale Regeln, als absolut betrachtete Ideen und feste Strukturen versucht, Unsicherheit zu vermeiden und Stabilität herzustellen. In Kulturen mit einer stark ausgeprägten Unsicherheitsvermeidung werden abweichende Verhaltensweisen und abweichende Ideen daher deutlich stärker sanktioniert als in Kulturen mit einer schwach ausgeprägten Unsicherheitsvermeidung [24, 25].

‚Maskulinität / Femininität‘ (Masculinity / Femininity) beschreibt eine Kultur anhand des Ausmaßes, zu dem sie eher traditionell ‚maskuline‘ oder eher traditionell ‚feminine‘ Werte hochhält und verfolgt, wobei die Abgrenzung hier allerdings mitunter unklar bis willkürlich erscheint. Als Beispiele für maskuline Werte nennt Hofstede u. a. Durchsetzungsvermögen und das Verfolgen materieller Werte. Feminine Werte werden darauf aufbauend als den männlichen Werten und Verhaltensweisen diametral gegenübergesetzt betrachtet und entsprechend definiert. Hierdurch kann diese Dimension als relativ ambivalent bzw. uneindeutig betrachtet werden [24, 25].

Mit Hofstedes Veröffentlichung aus dem Jahre 1988 kam zu diesen vier Grunddimensionen noch die Dimension ‚Langzeitorientierung / Kurzzeitorientierung‘ (Long Term Orientation / Short Term Orientation) hinzu. Kulturen mit einer Langzeitorientierung stellen eher zukunftsorientierte Werte in den Fokus. Sie sind bereit, kurzfristigen materiellen oder sozialen Erfolg oder sogar kurzfristige emotionale Befriedigung zu verzögern, um sich auf die Zukunft vorzubereiten. Sie schätzen Beharrlichkeit, Ausdauer, Sparen, Nachhaltigkeit und Anpassung. Kurzzeitorientierte Kulturen verfolgen hingegen Werte, die entweder die Vergangenheit oder die Gegenwart betreffen. Diese halten sie für wichtiger als die Zukunft. Sie schätzen die Tradition und kümmern sich mehr um sofortige Befriedigung [26].

Bei der sechsten und jüngsten von Hofstedes kulturellen Dimensionen handelt es sich um ‚Genuss / Zurückhaltung‘ (indulgence / constrain). Es geht bei dieser Dimension inhaltlich darum, wie frei eigene, grundlegende Bedürfnisse ausgelebt

werden können – insbesondere solche, die im Zusammenhang mit Lebensfreude, Spaß und Genuss stehen. Genussgeprägte Kulturen erlauben hier eine eher freie Befriedigung solcher Bedürfnisse, während durch Zurückhaltung geprägte Kulturen hierfür stärkere Normen und Regeln bestehen. Hofstede selbst betrachtet diese Dimension als logisch mit der Dimension ‚Langzeitorientierung / Kurzzeitorientierung‘ zusammenhängend [27].



**Abb. 2:** Vergleich der nationalen Kulturen von Deutschland (blau) und Syrien (violett) hinsichtlich ihrer Ausprägung auf den sechs Dimensionen von Hofstede. Die Skala kann Werte zwischen 1 und 100 annehmen, wobei 1 der niedrigsten und 100 der höchsten Ausprägung entspricht. Bei den Werten für Syrien handelt es sich um durch das Unternehmen ‚Hofstede Insights‘ geschätzte Werte, da bislang noch keine genauen Messwerte in Syrien erhoben werden konnten. Diese geschätzten Ergebnisse stammen – teilweise oder vollständig – nicht von Professor Hofstede; sie wurden durch Forschungsprojekte anderer Forscher oder interne Projekte von ‚Hofstede Insights‘ ergänzt. Deswegen werden alle Verweise auf ‚Hofstede Insights‘ als Originalquelle gemacht. Für die Dimension Genuss / Zurückhaltung war keine Schätzung möglich [28]. Mit freundlicher Genehmigung von: Hofstede Insights, [www.hofstede-insights.com](http://www.hofstede-insights.com).

Betrachtet man nun die beiden im Fokus der vorliegenden Arbeit stehenden Länder Deutschland und Syrien und deren nationale Kulturen, so ergibt sich das in Abbildung 2 dargestellte Bild. Wie die Abbildung zeigt, ergeben sich die deutlichsten Unterschiede im Hinblick auf die Dimensionen Langzeitorientierung / Kurzzeitorientierung, Machtdistanz und Individualismus: Während die deutsche Kultur durch eine deutlich dominante Langzeitorientierung und einen relativ stark ausgeprägten Individualismus geprägt ist, zeichnet sich die syrische Kultur durch eine klare

Kurzzeitorientierung und eine recht deutliche Tendenz zum Kollektivismus aus. Hinsichtlich der Machtdistanz zeichnet sich die syrische Kultur durch deutlich steilere Hierarchien und eine deutlich stärkere Machtdistanz aus als die deutsche Kultur mit ihrer eher geringen Machtdistanz [28].

Es leuchtet ein, dass sich aus diesen, teils sehr deutlichen interkulturellen Unterschieden auch Herausforderungen bei der Behandlung syrischer Migranten (und generell von Migranten aus anderen als dem westlichen Kulturkreis) in Deutschland ergeben sollten [30, 59]. Aus diesem Grund wird bereits seit einigen Jahren der Ruf nach mehr interkulturellen Kompetenzen beim medizinischen Fachpersonal immer lauter, da ansonsten Konflikte entstehen können, die die Beziehung und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient und damit den Behandlungserfolg beeinträchtigen [13, 18, 42]. So ist es im spezifischen Fall syrischer Flüchtlinge aufgrund der oben geschilderten, eher kollektivistischen Ausrichtung bspw. durchaus denkbar, dass eine bestimmte Therapie oder ein bestimmtes Medikament durch den Patienten abgelehnt wird, weil sie in der Familie des Patienten auf Ablehnung stoßen würden oder das Medikament Bestandteile enthält, die der Patient aus religiösen Gründen nicht zu sich nehmen möchte. Ebenso ist es möglich, dass syrische Patienten aufgrund der in ihrer Kultur üblichen, relativ großen Machtdistanz eher Schwierigkeiten damit haben, dem Arzt auf Augenhöhe und als gleichberechtigter Partner bei der Behandlung zu begegnen. Nicht zuletzt erscheinen interkulturelle Kompetenzen schon aus dem Grund unbedingt erforderlich, als ein medizinischer Eingriff immer auch einen Eingriff beinhaltet, welcher als solcher zwingend das Einverständnis des Patienten voraussetzt. Dieses Einverständnis wiederum kann nur erteilt werden, wenn der Patient die Art und Weise des Eingriffes und seine möglichen Folgen versteht [38]. Ein gemeinsames Krankheitskonzept von Arzt und Patient ist hierfür unbedingt erforderlich (siehe hierzu auch Abschnitt 1.4 weiter unten).

Laut Grützmann und Kollegen beruhen interkulturelle Konflikte in der klinischen Praxis üblicherweise auf Problemen bzw. Hindernissen der sprachlichen Verständigung oder auf Differenzen im Hinblick auf soziale, ökonomische und religiöse Werte, Behandlungsaspekte oder Gewohnheiten [18]. Unter diesen

Problemen und Hindernissen ist das sprachliche das offensichtlichste und gleichzeitig auch das am einfachsten zu behebende (durch Zuziehung qualifizierter Dolmetscher und Übersetzer), weshalb dieses Problem in der folgenden Diskussion ausgeklammert wird – was jedoch keinesfalls bedeuten soll, dass eine ausreichende Versorgung mit qualifizierten Dolmetschern als gegeben betrachtet werden kann [52]. Die Aussage ‚einfach zu beheben‘ bezieht sich auf die Komplexität der Implementierung. Das schwerwiegendere Problem besteht darin, dass medizinisches Fachpersonal Konfliktpotenziale erkennen und so reagieren muss, dass diese Konflikte nicht ausbrechen oder zumindest minimiert werden. In der Vergangenheit hat sich in diesem Zusammenhang immer wieder gezeigt, dass selbst die Nutzung angeblich transkultureller Konzepte wie der vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin (Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit) hierfür nicht immer ausreichend sind [59]. Stattdessen ist (in der Regel kulturkreis- oder landesspezifische), interkulturelle Kompetenz erforderlich. Was genau aber ist unter interkultureller Kompetenz zu verstehen?

Gemäß Machleidt und Kollegen sowie Eppenstein und Kiesel lassen sich drei Ebenen der interkulturellen Kompetenz unterscheiden: Wissen, Einstellungen und Fertigkeiten [12, 42]. ‚Wissen‘ betrifft demnach zunächst einmal ein grundsätzliches Bewusstsein über die Bedeutsamkeit interkultureller Unterschiede und über die unterschiedlichen Denk- und Lebenswelten zu denen diese führen – unterschiedliche Krankheitskonzepte sind hier explizit ebenfalls mit einzubeziehen. Wenn von Geflüchteten die Rede ist, ist zusätzlich auch Wissen über mögliche migrationsspezifische Belastungsfaktoren erforderlich. Dieses Wissen muss des Weiteren auf der zweiten Ebene ergänzt werden durch eine von Neugier, Offenheit, Empathie, Akzeptanz und Anerkennung geprägte Einstellung, was wiederum voraussetzt, dass auch der eigene kulturelle Hintergrund kritisch reflektiert und als letztendlich zufällig erkannt wird. Aufbauend auf diesen beiden Ebenen müssen dann als dritte Ebene praktische Fertigkeiten, Methoden und Fähigkeiten entwickelt und geübt werden, die insbesondere die Gestaltung des Diagnose- und Therapieprozesses sowie dessen flexible Anpassung an den jeweiligen kulturellen Hintergrund des Patienten betreffen.

Da in dieser Auffassung von kultureller Kompetenz technische oder methodische Fähigkeiten – im Grunde alles, was umgangssprachlich als ‚Know How‘ bezeichnet wird – gegenüber einer offenen, empathischen und akzeptierenden Haltung eher im Hintergrund steht, sind Eppenstein und Kiesel der Auffassung, dass der Begriff ‚interkulturelle Sensitivität‘ in diesem Kontext als der besser geeignete Begriff erscheint [12].

Vor dem beschriebenen Hintergrund der interkulturellen Unterschiede und dem damit einhergehenden Konfliktpotenzial in der klinischen Praxis wird auch die Bedeutung eines klaren und gemeinsamen Krankheitskonzepts für eine erfolgreiche Behandlung klarer. Dieser spezifische Aspekt ist Gegenstand des nachfolgenden Abschnitts.

#### **1.4 Bedeutung des Krankheitskonzepts für die Behandlung und Bewältigung psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten**

Die Bedeutung des Krankheitskonzepts für eine positive Beziehung zwischen Patient und Arzt und einen größtmöglichen Behandlungserfolg wurde bereits im ersten Teilkapitel des vorliegenden Kapitels kurz angeschnitten. Im hier vorliegenden Teilkapitel soll das Krankheitskonzept im interkulturellen Kontext betrachtet und diskutiert werden.

Bereits in der Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärzte wird die Förderung der Arzt-Patienten-Beziehung als eine der wichtigsten Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit aufgeführt [7]. Entsprechend dieser Bedeutung finden sich mehrere Studien, die den Charakter dieser Beziehung und den Wandel dieses Charakters im Laufe der Jahre und Jahrzehnte untersuchen. Für die vorliegende Untersuchung ist dabei insbesondere relevant, dass sich seit ca. Anfang der 60er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts ein Wandel weg von einer eher paternalistisch geprägten Beziehung, hin zu einer gleichberechtigten Beziehung vollzogen hat und sich noch heute weiter vollzieht [38, 58]. So war es bis in die 60er-Jahre hinein üblich, den Patienten als überwiegend passiven ‚Empfänger‘ der ärztlichen Behandlung zu betrachten, welcher sich aufgrund seiner fehlenden medizinischen Kompetenz der Kompetenz des Arztes und seinen medizinischen Anordnungen unterzuordnen habe. Der Arzt

hingegen stellte den in Bezug auf die Behandlung allein aktiven Teil der Beziehungsdynamik dar.

Hier hat sich jedoch ein klarer Wandel hin zu einer wesentlich stärker gleichberechtigten Beziehung vollzogen, in welcher der Arzt zwar selbstverständlich nach wie vor als kompetent im Hinblick auf Ätiologie, Pathologie und Therapie von Erkrankungen betrachtet wird, der Patient jedoch durchaus ebenfalls als ein kompetenter und mündiger Teil der Beziehung betrachtet wird – kompetent und mündig im Hinblick auf sein eigenes Erleben und Verhalten sowie auf seinen Körper und dessen individuelle Bedingungen [58].

Dieser Wandel betrifft auch das Krankheitskonzept. Das Erfordernis, Patienten vor Beginn einer Behandlung über ihre medizinische Situation aufzuklären und sie auf diese Weise in die Lage zu versetzen, eine informierte und fundierte Entscheidung hinsichtlich der Behandlung zu treffen, ist mittlerweile auch rechtlich festgeschrieben [7]. Dieser Umstand wiederum impliziert, dass es Aufgabe des Arztes ist, mit dem Patienten ein gemeinsames Krankheitskonzept zu entwickeln, welches es dem Patienten ermöglicht, seine Krankheit, deren Ursachen, mögliche therapeutische Interventionen usw. zu begreifen und zu bewerten. Da dieser Prozess wiederum immer durch den Filter der mentalen Programmierung der jeweiligen Kultur verläuft und durch diesen geformt wird, sind bei der Behandlung von Patienten aus nicht-westlichen Kulturen interkulturelle Kompetenzen bzw. Sensitivität unbedingt erforderlich, um diese rechtliche Vorgabe erfüllen zu können.

Ein Krankheitskonzept, entsprechend der weiter obenstehenden Definition verstanden als Gesamtheit der Vorstellungen, Emotionen, Ziele und Wünsche des Patienten hinsichtlich der Erkrankung, ihrer Ursachen, ihres Verlaufs und ihrer Behandlung, weist inhaltlich mehrere distinkte Komponenten auf [20, 22, 49]. Zunächst beinhaltet es erstens eine generelle Vorstellung von den Bedingungen, die ‚Gesundheit‘ oder ‚Krankheit‘ konstituieren. Dies wiederum beeinflusst, wie bestimmte Symptome, die an oder im Körper wahrgenommen werden, interpretiert werden und welche Bedeutsamkeit ihnen zugemessen wird. Das Krankheitskonzept

beeinflusst auf diese Weise die subjektive Körperwahrnehmung und das subjektive Erleben im Hinblick auf den eigenen Körper [49].

Zweitens beinhaltet das Krankheitskonzept auch subjektive Vorstellungen und Theorien zur Krankheitsursache und -entstehung, sowie darauf aufbauend zum zu erwartenden Verlauf und den kurz- und langfristigen Konsequenzen der Krankheit, sowie zu ihrer generellen Bedrohlichkeit [49]. In vielen nicht-westlichen Kulturen sind diese subjektiven Vorstellungen stark religiös oder von magischen Vorstellungen geprägt [20, 42]. Damit zusammenhängend zeigen sich häufig unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der prinzipiellen Vermeidbarkeit von Krankheiten, hinsichtlich der Frage, ob die Ursachen eher im psychischen oder im somatischen Bereich bzw. im eigenen Körper oder in äußeren Ursachen zu suchen sind und ob die Krankheit eher durch eigenes Verschulden oder unverschuldet entstanden ist [20, 22, 42].

Drittens beinhaltet das Krankheitskonzept auch subjektive Vorstellungen hinsichtlich der Behandlung sowie der Kontrollier-, bzw. Behandelbarkeit einer Erkrankung generell. Diese Vorstellungen wiederum beinhalten auch Überzeugungen dahingehend, durch wen die Erkrankung behandelt werden kann oder sollte und ob diese Behandlung eher psychisch oder somatisch erfolgen sollte [20].

Viertens beinhaltet ein Krankheitskonzept emotionale Komponenten, welche vor allem in kollektivistisch geprägten Kulturen insbesondere Ängste hinsichtlich der sozialen Folgen einer Erkrankung beinhalten können [42]. Im Schnittpunkt zwischen Kognitionen und Emotionen sind des Weiteren auch Interpretationen hinsichtlich des Sinnes oder der Bedeutung einer Erkrankung. Beispielsweise wird eine Erkrankung in stark religiös geprägten Gesellschaften oft als Strafe oder Prüfung Gottes interpretiert [42].

Nun wäre es müßig, über Krankheitskonzepte zu sprechen, wenn es sich bei diesen um festgefügte und unveränderliche Strukturen handeln würde. Denn in diesem Fall bestünde lediglich die Wahl zwischen einer Übernahme des Krankheitskonzeptes

des Patienten, oder dem des Arztes. In der Praxis zeigt sich jedoch im Gegensatz, dass Krankheitskonzepte durchaus form- und veränderbar sind [22, 32]. Demnach bilden sich grundlegende Komponenten wie z. B. Überzeugungen hinsichtlich der Bedeutung von Krankheit und hinsichtlich der Frage, wie Krankheit generell entsteht, zwar bereits in der Kindheit und in starker Abhängigkeit von den diesbezüglichen, in der jeweiligen Kultur vorherrschenden Vorstellungen. Jedoch können diese Konzepte später in Auseinandersetzung mit Erkrankungen und durch soziale Einflüsse verändert werden. Handelt es sich bei der Erkrankung des Weiteren um eine wenig bekannte Erkrankung, so wird das entsprechende Krankheitskonzept in der Regel erst bei einer tatsächlichen Konfrontation mit der Erkrankung spontan gebildet [32]. Hieraus folgt wiederum, dass neben einem generellen Krankheitskonzept auch krankheitsspezifische Konzepte bestehen, Krankheitskonzepte also auch kontextabhängig sind. Diese Formbarkeit und Kontextabhängigkeit ermöglichen es prinzipiell, dass Patient und Arzt sich hinsichtlich des Krankheitskonzepts einander annähern und letztendlich ein gemeinsames Konzept herstellen können. Um zu verstehen, wie dies gelingen kann, ist es hilfreich, sich den psychologischen Nutzen von Krankheitskonzepten vor Augen zu führen.

Demnach dienen Krankheitskonzepte dazu, die vielfältigen Wahrnehmungen, Kognitionen und Emotionen im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu integrieren und zu organisieren, so dass die Krankheit für das Individuum verstehbar wird [20]. Aufbauend auf diesem subjektiven Verständnis der Krankheit werden dann Handlungsentscheidungen getroffen: Wie schwerwiegend ist die Erkrankung und ist eine Behandlung notwendig, bzw. überhaupt möglich? Falls ja, welche? Von wem sollte diese vorgenommen werden? Auf diese Weise sind Krankheitskonzepte auch handlungsleitend [15].

Aus dieser handlungsleitenden Funktion der Krankheitskonzepte ergibt sich dann auch ihre Bedeutsamkeit aus medizinischer Sicht und für die Arzt-Patienten-Beziehung: Der Patient wird nur solche ärztlichen Empfehlungen und Behandlungen als sinnvoll und zielführend erleben, die konsistent mit seinem Krankheitskonzept sind [20, 32]. Das Krankheitskonzept des Patienten beeinflusst auch die Art und Weise, wie mit dem Arzt über die Erkrankung kommuniziert wird,

d. h. wie der Patient sein Leiden schildert, welche Symptome er als wichtig erachtet und welche Behandlungsart(-en) er sich wünscht oder als sinnvoll und aussichtsreich erachtet [32, 49]. Ein Arzt muss diese Schilderungen korrekt – das bedeutet, vor dem kulturellen Hintergrund des Patienten – interpretieren können, um sie mit seinem eigenen Krankheitskonzept der Erkrankung in Einklang zu bringen und so zu einer korrekten Diagnose zu kommen und gemeinsam mit dem Patienten eine passende Behandlung wählen zu können. Übereinstimmend mit dieser Überlegung zeigen Befunde, dass das Vertrauen eines Patienten in den Arzt steigt, wenn dieser demonstriert, dass er das individuelle Krankheitskonzept des Patienten versteht [51]. Des Weiteren hängt auch die Zufriedenheit des Patienten mit einer Behandlung davon ab, wie gut diese mit seinem individuellen Krankheitskonzept übereinstimmt. Aufgrund dieser zentralen Bedeutung des Krankheitskonzepts für nahezu alle Aspekte der Diagnose und Therapie sind Kirmayer und Kollegen der Ansicht, dass das Krankheitskonzept letztendlich den gesamten Krankheitsverlauf beeinflusst [32].

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass eine zutreffende Diagnose und eine wirksame Behandlung psychischer Erkrankungen bei syrischen Geflüchteten (wie bei allen Angehörigen nicht-westlicher Kulturkreise) zwingend interkulturelle Kenntnisse hinsichtlich der in der syrischen Kultur vorherrschenden Krankheitskonzepte seitens des behandelnden Arztes erfordert. Zumindest jedoch ist eine kulturelle Sensitivität für die Tatsache erforderlich, dass das Krankheitskonzept von syrischen Geflüchteten sich erheblich vom eigenen Krankheitskonzept unterscheiden kann.

### **1.5 Ressourcen im Kontext des Krankheitskonzepts**

Weiter oben wurde bereits darauf eingegangen, was unter Ressourcen zu verstehen ist. Im Kontext der vorliegenden Studie sind Ressourcen deshalb von Bedeutung, weil sie auch eine Verbindung mit dem Krankheitskonzept aufweisen: Welche Behandlung für einen Patienten in Frage kommt oder für ihn aussichtsreich erscheint, sollte auch von den Ressourcen abhängen, die ihm zur Verfügung stehen [34]. Gleichzeitig können bestimmte Faktoren, die als Ressourcen betrachtet werden können, durchaus auch bestimmte Behandlungsarten ausschließen – dies

gilt bspw. für den Faktor ‚Religiosität‘ [4]. Ressourcen sind daher mitentscheidend für die Wahl einer Therapie(-form), oder sollten zumindest mitentscheidend sein. Die Ressourcenorientierung ist zudem ein wichtiges Merkmal der transkulturellen Psychotherapie, in welcher ‚Migration‘ und kulturelle Unterschiede nicht länger ausschließlich als Vulnerabilitätsfaktoren betrachtet werden, sondern auch als potenzielle Ressourcen [4]. Schließlich können Ressourcen auch bereits vor Beginn der Behandlung dazu beitragen, Barrieren des Zugangs zum Gesundheitssystem, mit denen sich Migranten häufig in besonderem Maße konfrontiert sehen, abzubauen [52].

Darüber hinaus stellt sich im Zusammenhang mit migrierten Patienten auch die Frage, ob diese migrationsspezifischen Ressourcen aufweisen, welche möglicherweise geeignet sind, migrationsspezifische Barrieren bei der Behandlung auszugleichen – und falls ja, um welche Ressourcen es sich hierbei konkret handelt und wie diese konkret aktiviert und genutzt werden können [4]. Diese Fragen sollen im vorliegenden Teilkapitel diskutiert werden.

Bevor hierbei auf migrationsspezifische Ressourcen eingegangen wird, sollen zunächst kurz solche Ressourcen erörtert werden, die unabhängig vom Migrationsprozess bei grundsätzlich allen Menschen wirksam sind. Hierzu liegt mit der Publikation von Bengel und Lyssenko eine umfassende Übersichtsarbeit vor [5]. In dieser identifizieren die Autoren insgesamt elf Schutzfaktoren oder Ressourcen, die zu einer gesteigerten psychischen Widerstandskraft gegen Belastungen (auch als ‚Resilienz‘ bezeichnet) beitragen. Als die wichtigsten dieser elf Ressourcen betrachten Bengel und Lyssenko soziale Unterstützung, positive Emotionen und eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Demnach zeichnen sich Personen mit einer hohen Widerstandskraft gegen Belastungen durch ein starkes soziales Netzwerk aus, welches emotional und praktisch unterstützt. Sie empfinden des Weiteren häufig positive Emotionen, wobei insbesondere ein günstiges Verhältnis von positiven zu negativen Emotionen entscheiden zu sein scheint. Mit ‚Selbstwirksamkeitserwartung‘ ist gemeint, dass diese Personen die Überzeugung hegen, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen Herausforderungen bewältigen und Ziele erreichen zu können [3].

Eine weitere relevante Ressource, die von Bengel und Lyssenko benannt wird und die im Kontext der vorliegenden Arbeit als besonders wichtig erscheint, ist Religiosität, obgleich diese schwierig zu definieren und hinsichtlich ihrer Ausprägung aufgrund der Heterogenität des Konzepts nur schwer zu erfassen ist [5]. Andere relevante Ressourcen weisen starke Überschneidungen mit bereits genannten Ressourcen auf und können für die Zwecke der vorliegenden Arbeit unter diese subsumiert werden. So ist bspw. die Abgrenzung zwischen ‚positiven Emotionen‘ und zwei weiteren, von Bengel und Lyssenko benannten Faktoren – ‚Optimismus‘ und ‚Hoffnung‘ [5].

Weitere Ressourcen sind ein hohes Selbstwertgefühl, internale Kontrollüberzeugungen (d. h. die Überzeugung eines Individuums, durch eigene Handlungen Situationen und deren Ergebnisse kontrollieren zu können; bei einer externalen Kontrollüberzeugung geht das Individuum hingegen eher davon aus, passives Opfer externer Umstände zu sein [50]), der Copingstil des Patienten sowie ein hohes Kohärenzgefühl, welches in der Theorie der Salutogenese als zentrales Konzept betrachtet wird und welches konzeptuell ebenfalls Verbindungen mit Optimismus, Hoffnung und positiven Emotionen aufweist [1, 5]. Eine auch in der deutschsprachigen Literatur als ‚Hardiness‘ bezeichnete Ressource ist laut Bengel und Lyssenko vorwiegend für den Kontext des Arbeitslebens von Bedeutung und wird daher hier nicht weiter beachtet.

Betrachtet man nun migrationsspezifische Ressourcen, so zeigen sich hier durchaus Überschneidungen: So betrachtet Schenk soziale Ressourcen (was soziale Unterstützung mit einschließt), und die ebenfalls von Bengel und Lyssenko benannten Faktoren Optimismus, Kontrollüberzeugungen und gute Bewältigungsstrategien (Coping) ebenfalls als Determinanten einer positiven Bewältigung des Migrationsprozesses [52]. Auch der von Schenk genannte Faktor ‚positive Bewertung der Migration‘ kann letztendlich als spezifische, auf ein bestimmtes kritisches Lebensereignis bezogene, Ausprägung der Ressource ‚positive Emotionen‘ bzw. ‚Optimismus‘ subsumiert werden.

Die zwei verbleibenden, von Schenk genannten, migrationsspezifischen Ressourcen betreffen eine proaktive Bewältigung des Migrationsprozesses (Fähigkeit, sich neue, an die veränderten Bedingungen angepasste Coping-Strategien anzueignen) und den proaktiven Aufbau neuer Ressourcen im Herkunftsland (Aufbau neuer sozialer Netzwerke im Aufnahmeland, zu dem auch autochthone Einwohner des Aufnahmelandes gehören).

Basu betrachtet insbesondere eine weiter aufrechterhaltene soziale Unterstützung durch Familie und Freunde im Heimatland und (die ebenfalls von Bengel und Lyssenko benannte) Religiosität als kultur- bzw. migrationsspezifische Ressourcen [4]. Für die soziale Unterstützung kommt diese Spezifität dadurch zustande, dass durch neue Kommunikationsmedien eine soziale Unterstützung durch im Herkunftsland verbliebende Familie und Freunde auch im Aufnahmeland noch möglich ist (zumindest bis zu einem gewissen Grad). Des Weiteren können sich bspw. durch die Zugehörigkeit zu religiösen Gemeinschaften im Aufnahmeland durchaus auch Überschneidungen zwischen sozialer Unterstützung und Religiosität ergeben, so dass diese beiden Faktoren sich gegenseitig verstärken können. Hierbei sollte jedoch unbedingt darauf geachtet werden, dass es nicht etwa zu einer Abgrenzung von der Kultur und der autochthonen Bevölkerung des Aufnahmelandes kommt, da hierdurch der Zweck der Ressourcen, Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem des Aufnahmelandes abzubauen, nicht erfüllt werden kann bzw. diesem sogar entgegengewirkt wird [4].

Für eine erfolgreiche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung reicht es jedoch nicht aus, Ressourcen lediglich zu erfassen. Vielmehr müssen diese auch aktiviert werden, damit sie wirksam werden können. Dieser Prozess der Ressourcenaktivierung ist über den gesamten Verlauf des Behandlungsprozesses von Bedeutung, da es in diesem (insbesondere bei psychischen Störungen und Erkrankungen) auch immer darum geht, Verhaltensweisen zu beeinflussen und zu ändern [29]. Hier wiederum schließt sich dann auch der Kreis zum Krankheitskonzept: Da dieses auch subjektive Vorstellungen zur Krankheitsentwicklung und zu ihren Bedingungen erfasst, ist die Abfrage von Ressourcen hier insofern relevant, als diese Faktoren mögliche Hinweise auf

diskriminierende Variablen (d. h. auf Bedingungen, unter denen die problematische Verhaltensweise *nicht* auftritt) geben können. Die entsprechenden Ressourcen können dann wiederum gezielt aktiviert werden [29]. Gibt der Patient bspw. an, dass eine bestehende Angststörung deutlich weniger stark ausgeprägt ist, nachdem eine kürzliche Kommunikation mit einem Familienmitglied im Heimatland erfolgt ist, könnte diese Ressource z. B. so genutzt werden, dass dem Patienten empfohlen wird, immer dann ein Familienmitglied anzurufen, wenn sich die Symptome seiner Angststörung besonders stark zeigen.

Zusammenfassend sind Ressourcen somit, genau wie das subjektive Krankheitskonzept, Faktoren, welche ihre Wirkung über den gesamten Diagnose- und Therapieprozess entfalten und bei denen sich bei migrierten Patienten gegenüber autochthonen Patienten wichtige Besonderheiten ergeben, die für eine erfolgreiche Behandlung berücksichtigt werden müssen. Aufbauend auf den Erkenntnissen der vorherigen Teilkapitel kann somit nun die Herleitung der die vorliegende Untersuchung leitenden Forschungsfrage erfolgen.

## **1.6 Herleitung der Forschungsfrage**

Betrachtet man die bisher im Verlauf des vorliegenden Kapitels erörterten Überlegungen und Befunde, so stellt sich das Krankheitskonzept eines Patienten (einschließlich etwaiger Ressourcen) als einerseits zentral für eine akkurate Diagnose und eine wirksame und vom Patienten akzeptierte Behandlung dar [20, 32, 49, 51]. Andererseits ist das Krankheitskonzept inhaltlich stark von Vorstellungen der jeweiligen Herkunftskultur eines Patienten geprägt, welche häufig nicht mit den Vorstellungen des westeuropäischen und angelsächsischen Kulturkreises übereinstimmen [13, 20, 22, 49].

Dieser Umstand wiederum wirft das folgende Problem für die Behandlung von Migranten auf: Ärzte, die im deutschen Gesundheitssystem tätig sind und in der Regel auch im deutschen oder westeuropäischen Kulturkreis sozialisiert wurden, sind häufig nicht mit Krankheitskonzepten aus anderen Kulturen vertraut. Dies gilt umso mehr für Bevölkerungsgruppen, die in Deutschland nur einen sehr geringen Anteil der Migranten stellen. Der Fall syrischer Geflüchteter stellt hierbei einen

Sonderfall dar: Wie weiter oben dargestellt, handelt es sich bei Menschen aus Syrien um eine Gruppe von Menschen, welche sich innerhalb kürzester Zeit, insbesondere durch den Zuzug im Rahmen der Flüchtlingskrise im Jahr 2015, zur drittgrößten Gruppe ausländischer Staatsangehöriger in Deutschland entwickelt hat [56, 61]. Durch den Umstand, dass diese Gruppe zudem eine relativ hohe Zahl unfreiwillig migrierter Menschen aufweist (insbesondere gehören viele aufgrund des Bürgerkriegs Geflüchtete zu dieser Gruppe), handelt es sich hierbei gleichzeitig auch um eine relativ vulnerable Gruppe, bei der insbesondere psychische Störungen wie posttraumatische Belastungsstörungen gehäuft anzutreffen sind [41].

Aufgrund der Tatsache, dass diese Entwicklung derartig schnell erfolgte, konnte man sich im deutschen Gesundheitssystem bislang noch nicht ausreichend auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe einstellen. Insbesondere können keine ausreichenden Kenntnisse hinsichtlich des typischen Krankheitskonzepts (insbesondere bei psychischen Erkrankungen) syrischer Geflüchteter bei den behandelnden Ärzten in Deutschland vorausgesetzt werden, bzw. sind die Inhalte dieser Krankheitskonzepte bislang kaum untersucht. Zwar liegen standardisierte Messinstrumente zur Erfassung des Krankheitskonzepts, wie bspw. die Krankheitskonzeptskala von Linden und Kollegen vor [40]. Diese Instrumente erfassen jedoch keine Inhalte, sondern lediglich individuelle Ausprägungen entlang vorher festgelegter Dimensionen (bspw. Internalität, dysfunktionale Kognitionen und Erwartungen). Des Weiteren sind diese Skalen nicht interkulturell validiert, wodurch ihre Verwendung im hier relevanten Kontext problematisch ist.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Auffüllung dieser Forschungslücke zu leisten und stellt hierzu die folgende Forschungsfrage, welche die empirische Untersuchung leiten soll: Wie sieht das Krankheitskonzept syrischer Geflüchteter für psychische Erkrankungen inhaltlich aus? Insbesondere sind Krankheitskonzept, Ursachenvorstellungen, Behandlungsvorstellungen und Ressourcen hierbei aufgrund ihrer hohen Relevanz für den diagnostischen und therapeutischen Prozess von Interesse. Schließlich sollen auch mögliche Vorbehalte gegenüber einer Offenlegung der Erkrankung gegenüber Außenstehenden eruiert werden, da diese gegebenenfalls erhebliche Hindernisse

für die Behandlung darstellen können. Im folgenden Kapitel wird die für die Untersuchung dieser Forschungsfrage herangezogene Forschungsmethode erörtert.

## **2. Material und Methoden**

Gegenstand des vorliegenden Kapitels ist die Erörterung der für die Untersuchung der im vorangegangenen Kapitel hergeleiteten Forschungsfrage genutzten Methode. Hierzu wird zunächst das Vorgehen bei der Auswahl und Ansprache der Probanden erörtert. Hieran schließt sich eine kurze Erörterung des Vorgehens bei der Entwicklung des Interviewleitfadens – aufbauend auf dem in Kapitel 1 erörterten, theoretischen Hintergrund – an. Die für die Analyse der qualitativen Interviews herangezogene Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [43] und insbesondere das Vorgehen bei der Entwicklung des Kategoriensystems ist nicht ohne Hintergrundwissen nachvollziehbar, weshalb diese Methode der Analyse qualitativer Daten im Folgenden erörtert wird.

### **2.1 Vorgehen bei der Auswahl und Ansprache der Probanden und bei der Durchführung der Interviews**

Es wurden nur syrische Flüchtlinge interviewt, die Arabisch als Muttersprache sprachen, wie der Interviewer, so dass die Schwierigkeit der verschiedenen Muttersprachen hinsichtlich unterschiedlicher Möglichkeiten der Ausdifferenzierungen, Bedeutungen, Betonungen und Symbolsysteme von Begriffen nicht gegeben war. Durch diesen Umstand war die Gefahr einer falschen oder weniger zutreffenden Interpretation der Aussagen geringer, und die Befragten konnten Sprichwörter oder Begriffe ohne Unterbrechung ihres Redeflusses erwähnen, so dass diese im spezifischen Kontext verstanden wurden.

Zusätzlich haben die Probanden die folgenden Einschlusskriterien erfüllt:

- Alter ab 18 Jahren.
- Aktuelle psychische Erkrankung bzw. Krise oder zumindest im Laufe der letzten zwei Jahre stattgehabte psychische Erkrankung bzw. Krise nach ICD-10.
- Kontakt mit dem deutschen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungssystem, auch wenn dieser nur darin bestand, dass eine Behandlung empfohlen oder begonnen, dann aber abgelehnt

oder abgebrochen wurde, oder aber nach Vorstellung der Studie sich entsprechende Interessenten an den Interviewer wendeten.

- Seit 2015 in Deutschland, als Jahr der jüngsten Migrationsbewegungen syrischer Geflüchteten. Es sollte durch die Begrenzung des Aufenthaltszeitraums sichergestellt werden, dass noch nicht zu viele Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem vorliegen, da hierdurch möglicherweise bereits eine starke Angleichung an, im deutschen / westeuropäischen Kulturkreis vorherrschende Krankheitskonzepte, erfolgt sein könnte.
- Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung über die Teilnahme

Die Studie wurde im Bezirkskrankenhaus Günzburg, im Bezirkskrankenhaus Donauwörth und in Zwei Asylunterkünften (Ichenhausen und Günzburg) vorgestellt. Von September 2017 bis September 2018 konnten insgesamt 15 Probanden eingeschlossen werden, 12 Männer und 3 Frauen im Alter von 21 bis 64 Jahren (weitere soziodemographische und klinische Details, siehe Tabelle 2). Dass vor allem junge Männer rekrutiert wurden, lag vermutlich daran, dass der Männeranteil der syrischen Geflüchteten überdurchschnittlich geprägt und dass mehr als die Hälfte aller syrischen Staatsangehörigen Ende 2017 unter 25 Jahre alt war, auch wenn inzwischen der Frauenanteil steigt [61]. Die Probanden waren als anerkannte Geflüchtete gesetzlich krankenversichert und hatten entsprechend durchgehend die Möglichkeit, das deutsche Gesundheitssystem in vollem Umfang zu nutzen. Der Status des Asylverfahrens war bei 14 Probanden positiv abgeschlossen. Nur ein Proband (P15) hatte ein offenes Asylverfahren und befürchtete eine Rückführung nach Italien. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Es bestanden keine Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Interviewer und Studienteilnehmern, auch wenn hier bei dem bestehenden erhöhten Bedarf der muttersprachlichen Therapieintervention nicht zu vermeiden war, dass eine kurze ärztliche Beziehung zwischen dem Interviewer und zwei Studienteilnehmern (P4, P8) nach dem Interview entstand bzw. längere Zeit vor dem Interview im Rahmen einer stationären Behandlung schon einmal bestanden hatte (P5 und P11).

**Tab. 2:** Soziodemographische und klinische Zusammenfassung der Probanden.

Proband	Geschlecht	Alter	Asylstatus	Familienstand	Wohnsituation*	Psych. Dx**	Extern bestätigt***	Wenn nein, zur Behandlung weitervermittelt?	Jemals Therapie****
P1	Männlich	31	Anerkannt	Verheiratet	Privatwohnung	F32.1	Nein	Nein	Nein
P2	Weiblich	23	Anerkannt	Verheiratet	Privatwohnung	F43.0	Ja		Ja
P3	Männlich	45	Anerkannt	Verheiratet	Privatwohnung	F43.2	Nein	Nein	Nein
P4	Weiblich	50	Anerkannt	Verheiratet	Privatwohnung	F44.4	Nein	Ja	Nein
P5	Männlich	19	Anerkannt	Ledig	Asylunterkunft	F43.1, F60.31	Ja		Ja
P6	Männlich	25	Anerkannt	Ledig	Privatwohnung	F33.2	Nein	Ja	Nein
P7	Männlich	27	Anerkannt	Ledig	Asylunterkunft	F20.0	Ja		Ja
P8	Männlich	48	Anerkannt	Verheiratet	Privatwohnung	F25.0	Ja		Ja
P9	Männlich	24	Anerkannt	Ledig	Asylunterkunft	F43.2	Nein	Nein	Nein
P10	Männlich	64	Anerkannt	Verheiratet	Asylunterkunft	F43.1	Nein	Ja	Nein
P11	Männlich	32	Anerkannt	Ledig	Privatwohnung	F33.2	Ja		Ja
P12	Männlich	28	Anerkannt	Ledig	Privatwohnung	F43.1, F60.31	Ja		Ja
P13	Männlich	21	Anerkannt	Ledig	Privatwohnung	F40.2	Ja		Ja
P14	Weiblich	29	Anerkannt	Ledig	Asylunterkunft	F45.0	Ja		Nein
P15	Männlich	27	Verfahren offen	Ledig	Asylunterkunft	F43.1	Ja		Ja

\* Privatwohnung heißt in Miete und außerhalb der Asylunterkunft

\*\* Psych. Dx = Psychiatrische Diagnose nach ICD-10, , bestätigt durch ein klinisches Screening

\*\*\* Extern bestätigt heißt, dass die Diagnose durch die Krankenhaus- bzw. ambulanten Ärzte gestellt wurde

\*\*\*\* Jemals Therapie bedeutet, dass der Proband vor dem Interview eine oder mehrere der Therapien im psychiatrischen Kontext erhielt.

Das beinhaltet: Psychopharmaka, Psychotherapie, Ergo-, Musik-, Kunst- und Bewegungstherapie

Die Interviews wurden entweder im Büro des Interviewers oder im gewohnten Umfeld der Teilnehmer zwischen 30 und 60 Minuten, auf Arabisch als Muttersprache, durchgeführt. Die Tonbandaufzeichnung während des Interviews machte einen Zugriff auf das gesamte Material möglich. Die daran anschließende Transkription berücksichtigte das Verhalten des Untersuchten. Dies diente dazu, Fehlinterpretationen beim transkribierten Text zu vermeiden und so möglichst präzise Ergebnisse zu erreichen, Beispiel: Etwas, das von einem sarkastischen Lachen begleitet wird, ist bspw. anders zu interpretieren als etwas, das mit einer ernsten Miene gesagt wird. Die genannte Transkription wurde von dem Deutsch verhandlungssicheren Interviewer handschriftlich ins Deutsche übersetzt und anschließend nach entsprechendem Diktat maschinell von einer Schreibkraft geschrieben und anschließend nochmals vom Interviewer korrigiert.

Zusammenfassend kann zur Untersuchungssituation festgehalten werden, dass alle Befragten am Anfang des Interviews relativ angespannt wirkten, da sie zunächst nicht genau wussten, welche Fragen sie zu erwarten hatten. Nachdem das Thema der Arbeit näher erläutert und das grundsätzliche Interesse an ihren Antworten neutral und unpolitisch aus wissenschaftlichen Gründen bekundet wurde, war eine gewisse Erleichterung bei den Probanden zu erreichen. Nach der Eingangsfrage „wie es dazu kam, dass der Proband in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung ist oder war bzw. sie ihm empfohlen wurde“, war die Atmosphäre etwas gelockert und später gestalteten sich alle Gespräche entspannt. Die Teilnehmer empfanden die Interviews als Anregung zum Nachdenken über ihre evtl. noch weiterhin bestehende psychische Belastung bzw. Störung. Sie waren alle dankbar und lehnten zunächst eine finanzielle Entschädigung für den Zeitaufwand (15 Euro pro Interview) ab. Nach ausführlicher Aufklärung über die Studienbedingungen nahmen sie sie an. Zusätzlich wurden im Interview den Befragten die Pseudonymität der erhobenen Daten und Vertraulichkeit zugesichert. Diese war im Rahmen der Zustimmung der Ethikkommission eine Voraussetzung (Aktenzeichen: 230/ 17).

## **2.2 Vorgehen bei der Entwicklung des Interviewleitfadens**

Für die vorliegende Studie wurde die Methode des problemzentrierten, qualitativen Interviews nach Mayring ausgesucht [43]. Es waren keine vorformulierten

Antworten vorhanden, so dass die persönlichen Erfahrungen möglichst frei aus Sicht des Probanden berichtet werden konnten. Ebenso bestand für beide Seiten die Möglichkeit des Nach- und Rückfragens, um Missverständnisse zu korrigieren. Gleichzeitig wurde eine klare Problemfokussierung geschaffen, auf die der Interviewer zurückgreifen konnte, sollte sich der Proband zu sehr von diesem Problemfokus entfernen. Diese zugleich offene und strukturierte Interviewform ermöglichte, Zusammenhänge und Sachverhalte zu entdecken, die im Vorfeld noch nicht vermutet wurden bzw. unbekannt waren [19, 43].

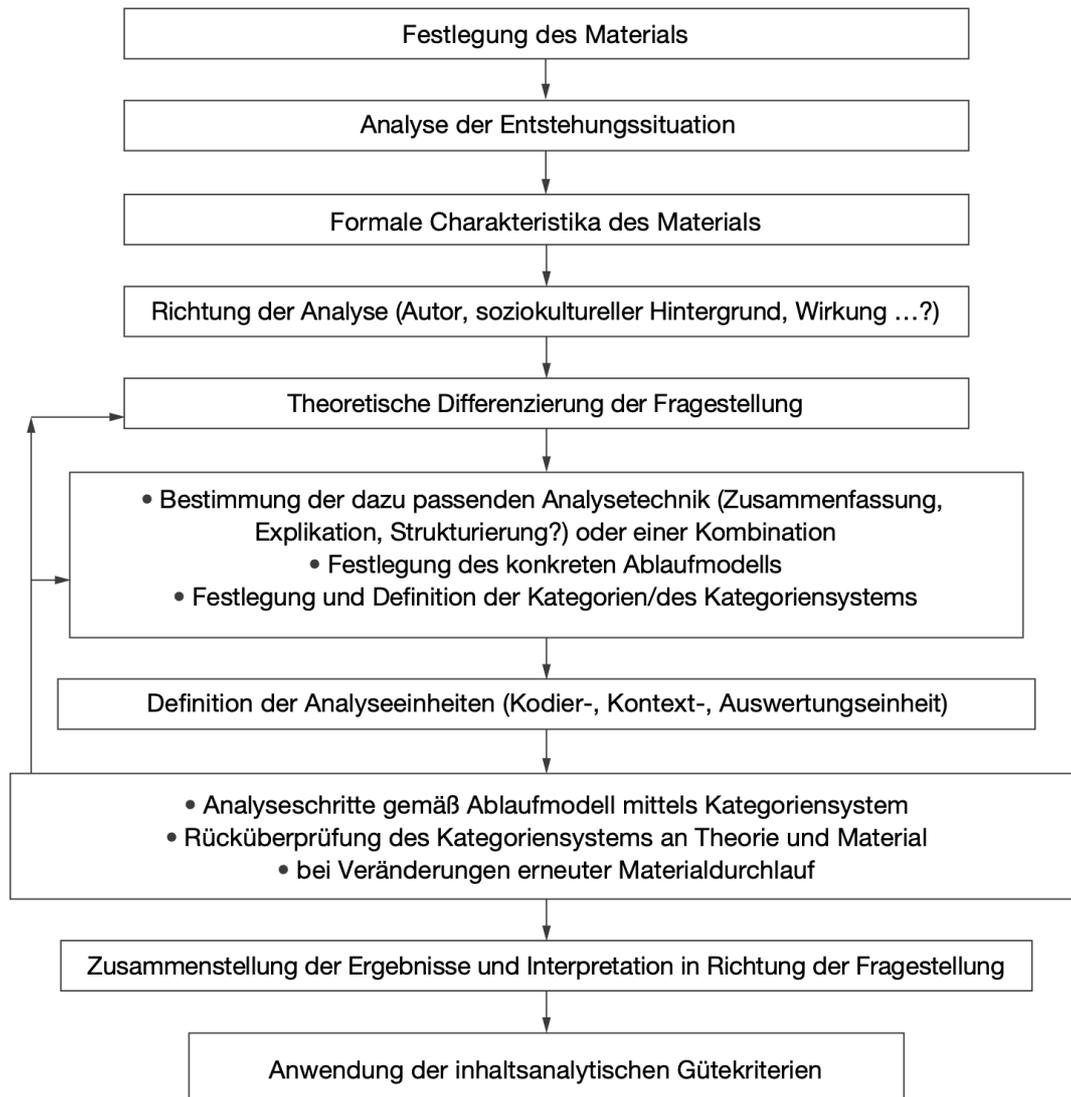
Hierfür wurde ein problemzentrierter Interviewleitfaden [21, 60] angefertigt. Die Konstruktion erfolgte anhand der so genannten SPSS-Methode (das Akronym ‚SPSS‘ bezieht sich auf die Anfangsbuchstaben der vier Arbeitsschritte: Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) [21]. Hierbei werden zunächst in Form eines ‚Brainstormings‘ Fragen generiert und ohne Kritik gesammelt (Sammeln), welche für den zu untersuchenden Themenkomplex relevant sein könnten. Im vorliegenden Fall erfolgte dieser Schritt primär auf der Grundlage des vorangegangenen Kapitels erörterten, theoretischen Hintergrunds. Die gesammelten Fragen werden dann im zweiten Arbeitsschritt (Prüfen) auf ihre Eignung für die Verwendung in einem problemzentrierten, qualitativen Interview hin überprüft. Ungeeignet sind bspw. alle Fragen, die mit einem einfachen ‚ja‘ oder ‚nein‘ beantwortet werden können, sowie Fragen nach Fakten und Fragen, die eine bestimmte Erwartungshaltung seitens des Interviewleiters implizieren. Die so überprüften Fragen werden dann in eine logische Reihenfolge gebracht (Sortieren) und anschließend jeweils einer inhaltlichen Kategorie zugeordnet. Abschließend wird für jede der so gebildeten Kategorien eine möglichst offene, aber gleichzeitig auf die jeweilige inhaltliche Kategorie lenkende Erzählaufforderung konstruiert. Wichtig ist des Weiteren, dass nicht mehr als vier bis fünf inhaltliche Kategorien gebildet werden, da das Interview ansonsten zu lang werden würde. Der Interviewleitfaden ist dieser Arbeit als Anhang A beigefügt.

Neben dem Interviewleitfaden wurde ein soziodemografischer und klinischer Fragebogen entwickelt, welcher von den Probanden vor dem eigentlichen Interview ausgefüllt wurde, bestehend aus 20 Fragen. Der Fragebogen ist dieser Arbeit als Anhang B beigefügt.

### **2.3 Vorgehen bei der Entwicklung des Kategoriensystems und der Datenanalyse mittels der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die Datenanalyse erfolgte mittels der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [43]. Laut Ramsenthaler stellt dies weniger eine spezifische Methode dar, als vielmehr eine Familie von Methoden, welche alle der systematischen, regelgeleiteten und möglichst objektiven (nachvollziehbaren) Analyse und Interpretation von schriftlichen Materialien dienen [48]. Ihr Ziel besteht im Rückschluss auf latente oder manifeste Bedeutungsinhalte [43]. Das Vorgehen zeichnet sich aus durch ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen, bei dem die zu analysierenden Texte schrittweise und anhand eines theoriegeleitet entwickelten Kategoriensystems und einer klaren Forschungsfrage bearbeitet wird. Es ist dieses systematische, regel- und theoriegeleitete Vorgehen, welches der qualitativen Inhaltsanalyse eine (verglichen mit anderen qualitativen Verfahren) vergleichsweise hohe intersubjektive Nachvollziehbarkeit verleiht, wodurch sie wissenschaftlichen Kriterien genügt. Dem Anspruch vollständiger Objektivität im Sinne einer mehr oder weniger vollständigen Unabhängigkeit vom Auswerter, wie sie bspw. bei quantitativen Verfahren verlangt wird, kann die qualitative Inhaltsanalyse aufgrund ihrer Abhängigkeit von Fragestellung, Material usw. nicht entsprechen [43].

Abbildung 3 zeigt das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell, welches das generelle Vorgehen bei einer qualitativen Inhaltsanalyse verdeutlicht. Keinesfalls darf diese ‚Regelmäßigkeit‘ aber mit ‚Formelhaftigkeit‘ oder gar ‚Starrheit‘ verwechselt werden: Das Vorgehen im Einzelfall richtet sich vielmehr immer nach den Bedingungen und Erfordernissen des zu analysierenden Materials und der zu beantwortenden Fragestellung [43, 48]. Deshalb muss das Vorgehen immer für den jeweiligen Einzelfall angepasst werden. Diesem Umstand wird bei der Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse insofern Rechnung getragen, als für jede Analyse ein individuelles, spezielles Ablaufmodell entwickelt werden muss. Im Folgenden wird die Entwicklung dieses spezifischen Ablaufmodells für die vorliegende Untersuchung durch Anpassung des allgemeinen Ablaufmodells an die spezifischen Bedingungen dieser Untersuchung beschrieben.



**Abb. 3:** Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell [43, S. 62]. Mit freundlicher Genehmigung von Verlagsgruppe Beltz, [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

Gemäß dem allgemeinen Ablaufmodell muss zunächst das zu analysierende Material festgelegt werden. Laut Mayring ist dieser Schritt nur in solchen Fällen wirklich relevant, in denen sehr große Textmengen analysiert werden müssen, weshalb nicht das vollständige Material analysiert werden kann [43]. Für die vorliegende Untersuchung war eine solche Einschränkung jedoch nicht notwendig, weshalb als zu analysierendes Material alle fünfzehn transkribierten Interviews festgelegt wurden.

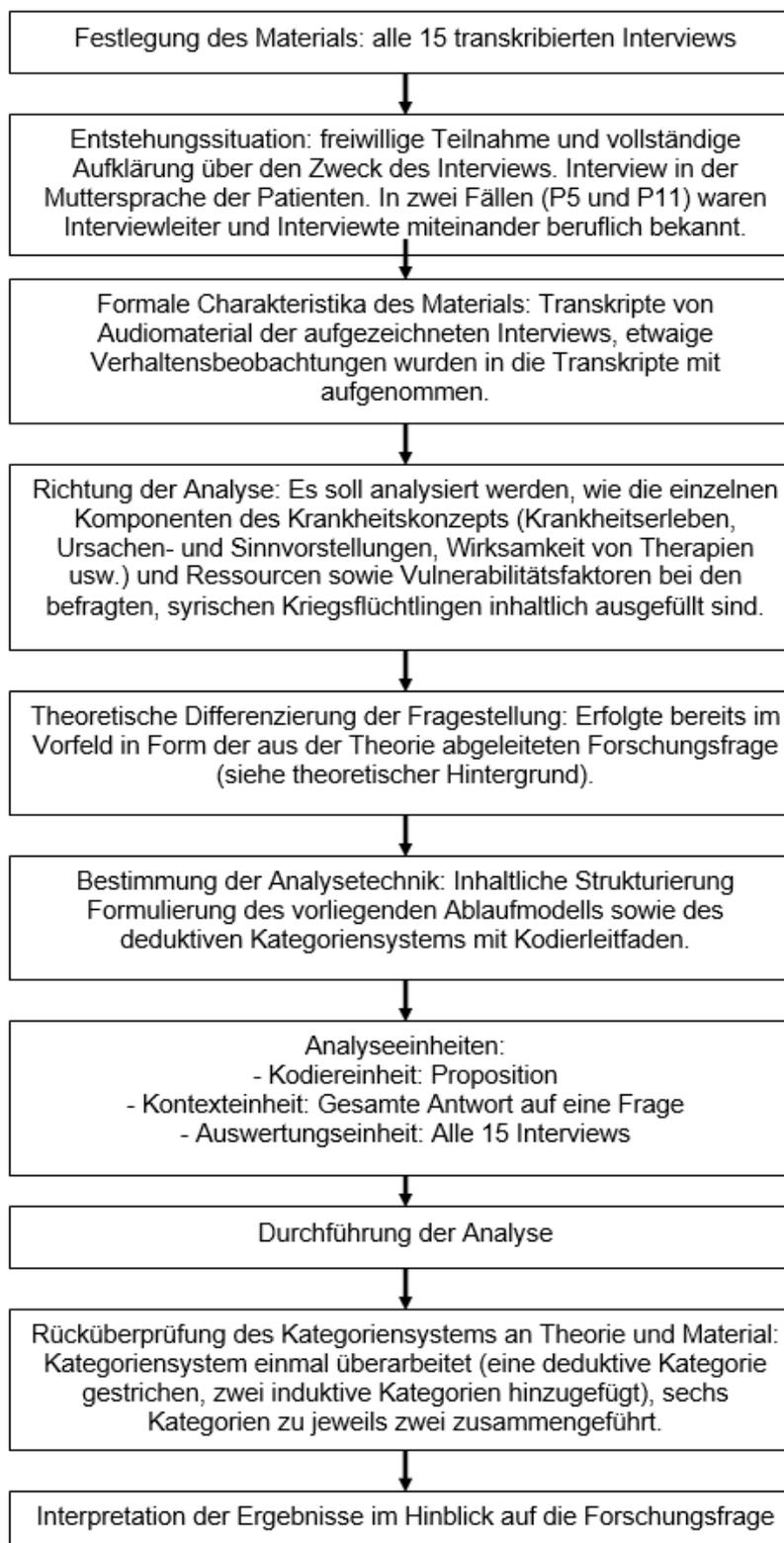
Im zweiten Schritt ist eine Analyse der Situation erforderlich, in der das Material entstanden ist. Dies ist laut Mayring deshalb erforderlich, weil die erhobenen Daten immer im Kontext ihres kommunikativen Entstehungskontextes betrachtet werden müssen, da sie nur so korrekt interpretiert werden können [43, 48]. In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Erhebung in einem relativ stark kontrollierten Kontext und in der Muttersprache der Befragten. Die Interpretation der Transkripte könnte prinzipiell dadurch beeinträchtigt werden, als es sich bei den analysierten Texten um aus dem Arabischen ins Deutsche übersetzte Transskripte handelt. Diese Gefahr kann jedoch dadurch minimiert werden, dass der Interviewer selbst (welcher ebenfalls über Arabisch als Muttersprache verfügt und Deutsch verhandlungssicher beherrscht) diese Übersetzungen vornahm. Des Weiteren wurde den Befragten der Zweck der Untersuchung ausführlich erörtert und die Anonymität ihrer Daten wurde ihnen versichert, weshalb nicht davon auszugehen ist, dass sie bei der Befragung möglicherweise unwahre Angaben machten oder Dinge verschwiegen.

Der dritte Schritt betrifft die formalen Charakteristika des Textes, insbesondere die Form, in der das Material vorliegt [43]. Im vorliegenden Fall ist insbesondere darauf zu achten, ob möglicherweise über das Gesagte (und Transkribierte) hinaus auch nonverbale Verhaltensweisen beobachtet wurden, die für die Interpretation des Gesagten relevant sein könnten. Diese wurden bei der Durchführung der Interviews in Form von Notizen festgehalten und bei der späteren Anfertigung der Transkripte in Form von kurzen Verhaltensbeschreibungen dem Gesagten in Klammern beigefügt, sofern das entsprechende Verhalten dem Interviewer als bedeutungstragend erschien (Beispiel: *Ab und zu habe ich über meine Familie nachgedacht und Weinkrämpfe bekommen. (Kleine Pause, Proband weint)*). Direkt in die Analyse sind diese Verhaltensbeobachtungen nicht eingeflossen. Das Ziel in diesem Schritt war lediglich, Missverständnisse beim Interpretieren des Gesagten und später für die Transkription zu entgehen (siehe oben, S. 33).

Im vierten Schritt wird die Richtung der Analyse festgelegt, was bedeutet, dass eine Entscheidung hinsichtlich der im Fokus der Analyse stehenden, latenten oder manifesten Inhaltsbereichen getroffen werden muss [43, 48]. Aufbauend darauf wird im fünften Schritt die Forschungsfrage präzisiert. Beide Schritte wurden für die

vorliegende Analyse bereits im Rahmen der Herleitung der Forschungsfrage vorgenommen (siehe Kapitel 1.6). Die Herleitung dieser Fragestellung auf der Grundlage des theoretischen Hintergrunds ist eine Anforderung von Mayring, welche dieser mit dem Argument begründet, dass ein echter Erkenntnisfortschritt nur möglich ist, wenn die eigene Untersuchung auf dem bereits vorhandenen Kenntnisstand aufbaut, so dass nicht etwa Inhaltsbereiche untersucht werden, welche bereits ausreichend bekannt sind [43].

Im sechsten Schritt muss eine inhaltsanalytische Technik ausgewählt werden, welche für die Bearbeitung der Forschungsfrage geeignet ist. Denn wie bereits eingangs dieses Teilkapitels erwähnt, gibt es nicht ‚die‘ inhaltsanalytische Technik, sondern es stehen vielmehr eine ganze Reihe unterschiedlicher Techniken zur Verfügung [43]. Konkret lassen sich laut Mayring drei Grundformen des Textverstehens und -interpretierens unterscheiden: (1) Reduktion des Materials bei gleichzeitiger Erhaltung der wesentlichen, bedeutungstragenden Inhalte (Zusammenfassung), (2) Aufklärung miss- oder unverständlicher Textteile oder diskrepanter Textstellen durch Hinzuziehung zusätzlicher Materialien (Explikation) und (3) Ordnung und Analyse der Textinhalte anhand einer bestimmten Struktur oder bestimmter Aspekte, bzw. das Herausfiltern bestimmter Aspekte anhand zuvor festgelegter Kriterien (Strukturierung). Diese drei Grundformen des Interpretierens können des Weiteren auch in spezifischere Unterformen aufgegliedert werden [2, 54]. Ebenso soll nicht unerwähnt bleiben, dass diese unterschiedlichen Formen des Interpretierens (je nach Fragestellung) durchaus auch miteinander kombiniert werden können [43]. Spätestens in diesem Schritt muss auch das spezifische Ablaufmodell für die jeweilige Untersuchung festgelegt werden (Abbildung 4) und das Kategoriensystem muss festgelegt werden, sofern nicht eine zusammenfassende Analysetechnik gewählt wurde, bei welcher das Kategoriensystem induktiv im Zuge der Textanalyse erarbeitet und selbst als Ergebnis der Analyse betrachtet werden kann [43].



**Abb. 4:** Spezifisches Ablaufmodell für die vorliegende Untersuchung. Details siehe Text.

Für die vorliegende Untersuchung erscheint die Grundtechnik des Strukturierens als die angemessene Analyse- und Interpretationstechnik, da die Forschungsfrage sich darum dreht, wie die einzelnen, strukturellen Bestandteile des Krankheitskonzepts, welche hier als Ordnungskriterien für die Textinterpretation herangezogen werden (also Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, Vorstellung zur Entstehung der Krankheit, Vorstellungen zur Behandlungsart usw.) bei syrischen Flüchtlingen inhaltlich ausgefüllt sind. Hinsichtlich der Strukturierung als Grundtechnik sind des Weiteren laut Mayring vier spezifischere Unterformen zu unterscheiden: Formale Strukturierung, inhaltliche Strukturierung, typisierende Strukturierung und skalierende Strukturierung [43]. Die hier heranzuziehende Form ist die inhaltliche Strukturierung, bei der das Ziel darin besteht, zu bestimmten Inhaltsbereichen (im vorliegenden Fall: Aspekte des Krankheitskonzepts) Informationen aus dem Text herauszufiltern und zusammenzufassen. Es handelt sich somit um eine Mischform aus strukturierender und zusammenfassender Inhaltsanalyse.

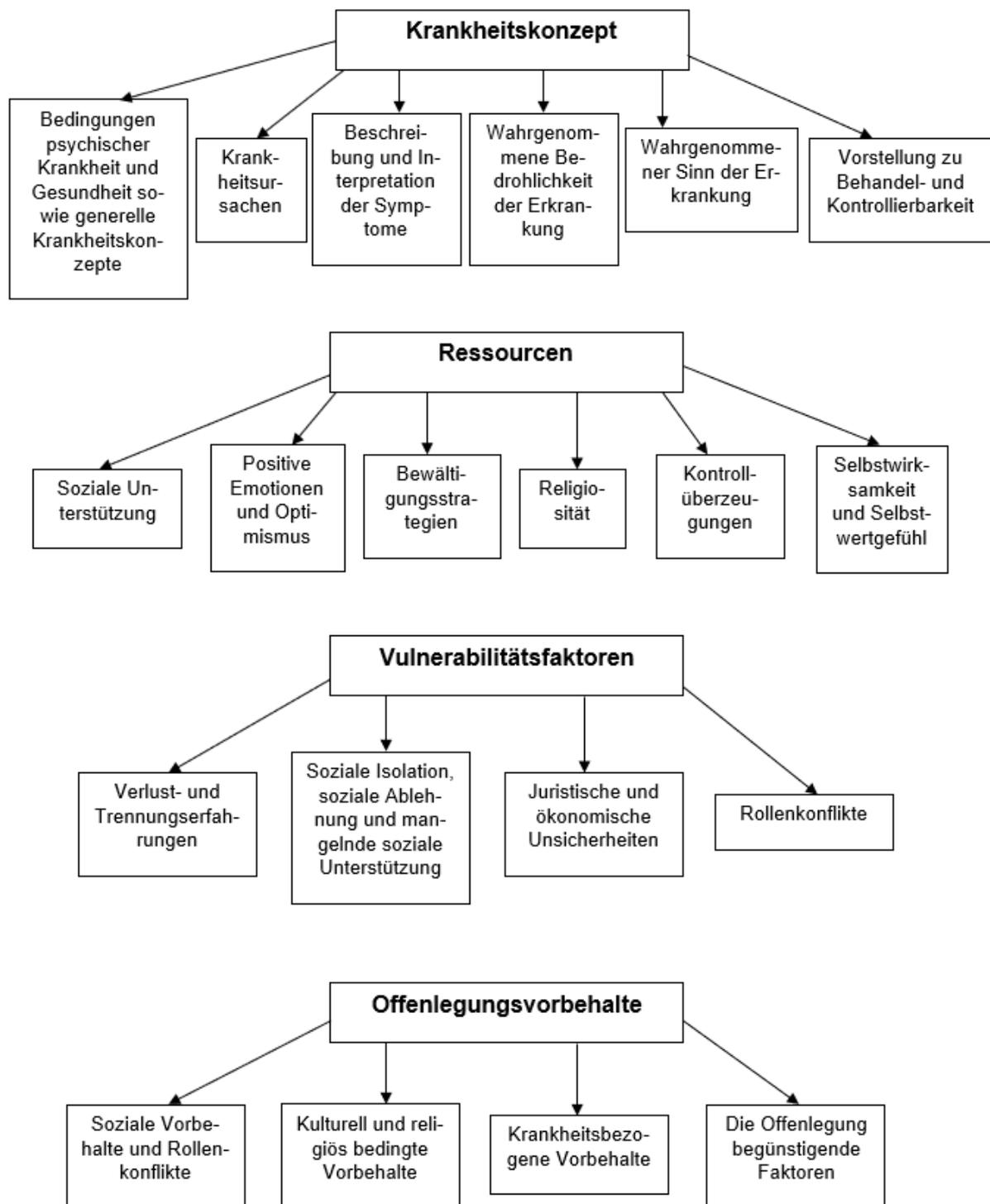
Ebenso ist im sechsten Schritt die Festlegung des Kategoriensystems erforderlich – sofern die gewählte Analysetechnik eine derartige *a priori*-Festlegung der Kategorien erforderlich macht [43]. Das Kategoriensystem kann als Ordnungsstruktur betrachtet werden, welches erforderlich ist, um das analysierte Material, bzw. die hieraus extrahierten Inhalte, in eine sinnvolle Ordnung zu bringen [43, 48]. Diese Ordnungsstruktur kann entweder deduktiv (aus der Theorie und dem derzeitigen Kenntnisstand abgeleitet und vor Beginn der Analyse festgelegt) oder induktiv (anhand der Struktur des analysierten Materials selbst und im Zuge der Analyse entwickelt) erzeugt werden. Im letzteren Fall stellt also das Kategoriensystem selbst ebenfalls ein Ergebnis der Analyse dar. Wie bereits die Beschreibung des Vorgehens bei der inhaltlichen Strukturierung im vorangegangenen Abschnitt nahelegt, ist bei der inhaltlichen Strukturierung eine deduktive Festlegung des Kategoriensystems erforderlich, da die interessierenden Inhaltsbereiche (hier: die einzelnen Aspekte des Krankheitskonzepts) bereits vor der Analyse aus der Theorie abgeleitet werden können und entsprechend bekannt sind. Dieser Umstand bedeutet jedoch nicht, dass das Kategoriensystem im Zuge der Analyse nicht auch abgeändert oder ergänzt werden kann – im Gegenteil

besteht gerade in dieser Offenheit für zuvor noch nicht vermutete inhaltliche Aspekte und Zusammenhänge eine der Stärken der qualitativen Inhaltsanalyse [35]. Mayring weist explizit darauf hin, dass das Kategoriensystem im Zuge einer Prä-Analyse zunächst anhand von einem Viertel bis einem Drittel des Materials hinsichtlich seiner Tauglichkeit für die Strukturierung des Materials erprobt und gegebenenfalls angepasst werden muss, bevor mit der eigentlichen Hauptanalyse begonnen wird. Um Mayrings Forderung der Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Material zu entsprechen, wurde nach der Analyse der ersten fünf Interviews durch Lesen der farblich markierten Transkripte und Betrachtung des Kategoriensystems überprüft, ob es möglicherweise in ihnen bedeutungstragende Textteile gibt, die bislang nicht vom Kategoriensystem erfasst werden (die also nicht markiert wurden), oder es umgekehrt (Unter-)Kategorien gibt, denen überhaupt keine Textteile zugeordnet werden konnten. Ebenfalls wurde die bisherige Auswertungsmatrix und die in ihr festgehaltenen Textteile daraufhin analysiert, ob es hier möglicherweise inhaltliche Überlappungen zwischen (Unter-)Kategorien gibt. Es stellte sich heraus, dass alle diese Dinge zutrafen. Deshalb erfolgte, wie im spezifischen Ablaufmodell (Abbildung 4) ersichtlich ist, die folgende Anpassung: Hinzufügen zweier induktiver Kategorien, Streichen einer deduktiven Kategorie und Reduktion bzw. Zusammenführung von sechs deduktiven Kategorien auf nur noch zwei Kategorien.

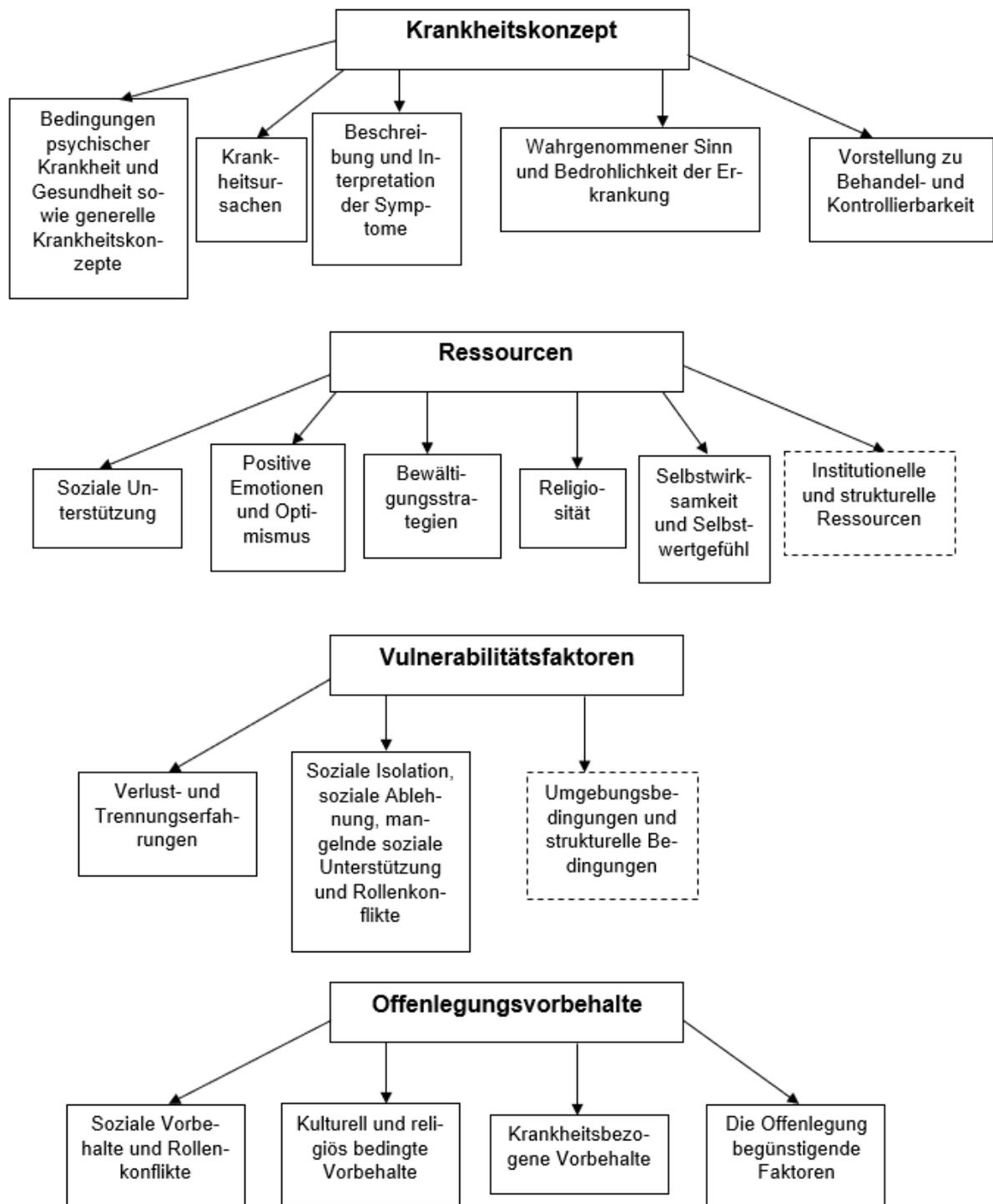
Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse gehört zum Kategoriensystem des Weiteren immer auch ein so genannter Kodierleitfaden. Dieser enthält Entscheidungsregeln, welche festlegen, unter welchen Bedingungen (Selektionskriterien) ein Textteil einer bestimmten (Unter-Kategorie) zugeordnet werden muss. Des Weiteren werden i.d.R. so genannte Ankerbeispiele aufgeführt. Hierbei handelt es sich um den analysierten Texten entnommene Teile, die als idealtypische Beispiele für die Erfüllung der jeweiligen Kodierregeln dienen können [43]. Auch der Kodierleitfaden muss, genau wie das Kategoriensystem, zunächst am Material auf seine Tauglichkeit hin überprüft und ggfs. überarbeitet werden, bevor mit der eigentlichen Analyse begonnen wird. Das Ausgangskategoriensystem für die vorliegende Untersuchung ist in Abbildung 5 dargestellt, das endgültige Kategoriensystem in Abbildung 6. Wie ein Vergleich der Abbildungen zeigt, wurde im Verlauf der Analyse

eine Unterkategorie (Kontrollüberzeugungen) ersatzlos gestrichen, weil sich keine Aussagen fanden, die dieser Kategorie zugeordnet werden konnten. Des Weiteren wurden zwei Unterkategorien (institutionelle und strukturelle Ressourcen sowie Umgebungsbedingungen und strukturelle Bedingungen) induktiv hinzugefügt, da die Aussagen der Probanden dies erforderlich machten. Schließlich wurden noch folgende Unterkategorien zusammengeführt, weil sich entweder herausstellte, dass sie konzeptuell nicht oder nur unzureichend voneinander trennbar waren, oder weil einer dieser Unterkategorien nur eine Aussage zugeordnet werden konnte, was keine eigene Kategorie rechtfertigte: ‚Soziale Isolation, soziale Ablehnung, mangelnde soziale Unterstützung‘ wurde zusammengeführt mit ‚Rollenkonflikte‘, ‚Subjektive Bedrohlichkeit der Erkrankung‘ wurde zusammengeführt mit ‚Subjektiv wahrgenommener Sinn und wahrgenommene Bedrohlichkeit der Erkrankung‘ und ‚Juristische und ökonomische Unsicherheiten‘ wurde zusammengeführt mit ‚Umgebungsbedingungen und strukturelle Bedingungen‘.

Der Kodierleitfaden ist der vorliegenden Arbeit als Anhang C beigefügt. Die vorläufige, deduktive Festlegung des Kategoriensystems und die vorläufige, deduktive Entwicklung des Kodierleitfadens schließen den sechsten Schritt der Analyse ab.



**Abb. 5:** Deduktiv hergeleitete Erfassung des Kategoriensystems für die vorliegende Inhaltsanalyse. Hauptkategorien sind fett gedruckt dargestellt. Details siehe Text.



**Abb. 6:** Endfassung des Kategoriensystems für die vorliegende Inhaltsanalyse, bei welchem mehrere Unterkategorien zusammengeführt, eine Unterkategorie gelöscht und zwei Kategorien induktiv hinzugefügt wurden. Hauptkategorien sind fett gedruckt dargestellt, induktiv hergeleitete Kategorien sind mit gestrichelter Umrandung dargestellt. Details siehe Text.

Der siebte Schritt der Analyse umfasst die Festlegung der Analyseeinheiten, die erforderlich ist, um sicherzustellen, dass bei der Textanalyse keine bedeutungstragenden Textstrukturen unberücksichtigt bleiben [43]. Gemäß Mayring ist diese Festlegung primär für die zusammenfassende Inhaltsanalyse relevant. Es wird unterschieden zwischen Kodiereinheit (der kleinste Textbestandteil, der in der Analyse berücksichtigt werden darf), Kontexteinheit (der größte Textbestandteil, der in der Analyse berücksichtigt werden darf) und Auswertungseinheit (Festlegung der Gesamtmenge der zu analysierenden Textteile). Letztere ist nur dann von Bedeutung, wenn eine sehr große Menge von Material analysiert werden muss, so dass nicht der gesamte Text analysiert werden kann [43]. Dies ist in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht der Fall, weshalb auf die Festlegung dieser Analyseeinheit verzichtet wurde. Für die vorliegende Analyse wurde als Kodiereinheit ein einzelner Satz festgelegt, bzw. präziser ausgedrückt eine Proposition aus Sicht der Linguistik. Einzelne Wörter können demnach also nicht berücksichtigt werden, sondern nur bedeutungstragende Sätze. Als Kontexteinheit wurde die gesamte Antwort eines Befragten auf eine bestimmte Frage festgelegt.

Nach Abschluss dieses siebten Schritts beginnt die eigentliche Textanalyse (achter Schritt). Das Material wird hierzu Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wird ein Textteil gefunden, der gemäß den Kodierregeln einer der (Unter-)Kategorien des Kategoriensystems zugeordnet werden kann, so wird dieser gekennzeichnet oder kopiert und in die entsprechende Kategorie innerhalb der Auswertungsmatrix übernommen. Wird ein Textteil gefunden, der für die Forschungsfrage relevant erscheint, der jedoch keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden kann, so muss (induktiv) eine neue (Unter-)Kategorie gebildet und das Kategoriensystem entsprechend überarbeitet werden. Jede dieser Ergänzungen macht jedoch eine vollständige Neuauswertung des bislang analysierten Materials erforderlich, um sicherzustellen, dass zu dieser neuen Kategorie gehörende Textteile nicht etwa zuvor wegen fehlender Kodierregeln übersehen wurden [43]. In der vorliegenden Analyse wurde so vorgegangen, dass die Interviews in chronologischer Reihenfolge ihrer Durchführung analysiert wurden. Die Transkripte wurden, wie von Mayring empfohlen, Zeile für Zeile gelesen und analysiert. Sobald hierbei ein Textteil

gefunden wurde, der auf der Grundlage der Kodierregeln einer der (Unter-)Kategorien des Kategoriensystems zugeordnet werden konnte, wurde dieser in die Auswertungsmatrix kopiert. Anschließend wurde der Textteil paraphrasiert, d. h. alle nicht bedeutungstragenden Elemente (z. B. Füllwörter), Wiederholungen usw. wurden gelöscht und die Satzstruktur wurde gegebenenfalls korrigiert. Im nächsten Schritt wurde diese Paraphrase generalisiert, d. h. vom konkreten Kontext abstrahiert. Nach Analyse aller Interviews wurden diese generalisierten Aussagen für jede Unterkategorie separat inhaltlich in ihrer Gesamtheit betrachtet (durch mehrmaliges Lesen und Notizenmachen) und dann inhaltlich zusammengefasst. Dies bildete den abschließenden Schritt (Reduktion) der Analyse.

Im neunten Schritt werden die inhaltlichen Ergebnisse unter Rückgriff auf die Auswertungsmatrix und getrennt nach Kategorien, bzw. Unterkategorien, narrativ zusammengefasst. Dies stellt das eigentliche Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Abschließend werden im zehnten Schritt die inhaltsanalytischen Gütekriterien (in Bezug auf Validität, Reliabilität und Objektivität) angewandt, um die wissenschaftliche Qualität der Analyse sicherzustellen [43].

#### **2.4 Anmerkungen zur Forschungsmethode [19]**

„Insbesondere bei mündlichen Befragungen wird die Validität (Gütekriterien der Inhaltsanalyse) häufig infrage gestellt, da hier soziale, kulturelle und sprachliche Aspekte aufeinandertreffen und zu Fehldeutungen führen können“ [19, S.75]. Anders als bei vielen quantitativen Ansätzen kann bei mündlichen Befragungen nicht von einer objektiv bestehenden und zu beobachtenden Realität ausgegangen werden. Vielmehr kann ‚Realität‘ hier nur vermittelt über die kognitiven Strukturen des Zuhörers und seine hieraus erwachsenden Interpretationen erfahren werden. Sie ist somit immer in einem bestimmten Maße sozial konstruiert [19, 60]. Bezogen auf die mündliche Befragung bedeutet dies, dass der Interviewer sich ständig bewusst bleiben muss, dass das Gehörte bzw. das Verstandene immer auch von seinen eigenen Interpretationen gefärbt sein wird. Entsprechend ist Sorge dafür zu tragen, dass der Interviewer über das gesamte Interview hinweg eine unvoreingenommene und offene Haltung aufrechterhielt. Daher mussten in der

vorliegenden Studie über die methodisch kontrollierte Durchführung der Interviews hinaus die folgenden Aspekte des Gesprächs berücksichtigt werden:

#### *2.4.1 Das nachträgliche Erzählen*

Aus der Perspektive der sozialen Konstruktion von Realität folgt, dass tatsächlich erlebte Erfahrungen und die Erinnerung an diese Erfahrungen nicht das gleiche sind. Die Erinnerung (und darauf aufbauend das Erzählen) stellt vielmehr eine Rekonstruktion des Erlebten dar, wobei der Erzähler Aspekte auswählt, die er als wichtig erachtet und diese besonders herausstellt. Andere Aspekte hingegen bleiben völlig unerwähnt. Durch diese Selektion rekonstruiert der Erzähler seine Vergangenheit sowohl für den Zuhörer als auch für sich selbst und bringt des Weiteren das Erlebte auch in einen sinnvollen Zusammenhang [2, 19]. Offenheit während des Gesprächs bedeutet deshalb auch, dass der Interviewer Nachfragen stellen sollte, wenn er glaubt, Lücken in der Erzählung festzustellen oder Dinge geschildert werden, die ihm nicht folgerichtig erscheinen [2].

#### *2.4.2 Aufgedrängte Validität*

Untersuchungen im interkulturellen Kontext unterliegen häufig der Gefahr der aufgedrängten Validität [17, 19]. Aufgedrängte Validität bedeutet, dass „eine für Kultur A selbstverständliche Denkweise den Bezugspunkt und Maßstab für die Analyse der Kultur B setzt“ [23, S. 53]. Es muss daher erstens erkannt werden, für welche Aspekte oder Faktoren solche interkulturell unterschiedlichen Denkweisen bestehen und zweitens muss anschließend sichergestellt werden, dass beide am Gespräch Beteiligte das gleiche Verständnis dieser Aspekte oder Faktoren haben [19]. Hierzu ist eine Kenntnis der jeweils anderen Kultur und ihrer Bedingungen notwendig. Da der Autor der vorliegenden Arbeit selbst der syrischen Kultur angehört, war diese Kenntnis gegeben. Zudem eignete er sich eine vertiefte Kenntnis der Kontextbedingungen der untersuchten Individuen an, um der Gefahr der aufgedrängten Validität weiter vorzubeugen. Obwohl die Familienstrukturen und Sozialisationsbedingungen der hier untersuchten Patienten sehr vielfältig waren, konnte zumindest davon ausgegangen werden, dass kulturspezifische Aspekte und

oben genannte einheimische Dimensionen erwähnter Begrifflichkeiten von allen Beteiligten verstanden wurden.

#### *2.4.3 Unterschiedliche Muttersprachen und Zahl der rekrutierten Probanden*

Ursprünglich war geplant, dass auch Iraker als zweitgrößte asylsuchende Gruppe aus dem Nahen Osten berücksichtigt werden (siehe Titel im Interviewleitfaden! Anhang A). Dennoch erwies sich die Suche nach geeigneten irakischen Interviewpartnern schwierig. Der Hauptgrund hierfür war die Sprachbarriere zwischen Interviewer und Proband, weil die gefundenen Flüchtlinge als Yeziden aus dem Nordirak nach Angriffen der Truppen des selbsternannten Islamischen Staates im August 2014 [35, 36, 37] kamen, muttersprachlich Kurdisch sprachen und, wenn überhaupt, nur gebrochen Arabisch.

Bei der Stichprobengröße ist zu beachten, dass es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, die im Rahmen des einjährigen Rekrutierungszeitraumes zustande kam. Allerdings stellte sich nach dem elften Interview ein Sättigungseffekt ein, d.h. es konnten keine neuen Kategorien gefunden werden. Nach Abschluss des 15 Interviews erschien daher eine weitere Rekrutierung aufgrund der sich einstellenden theoretischen Sättigung nicht mehr sinnvoll.

### 3. Ergebnisse

Die im vorliegenden Kapitel berichteten Ergebnisse der Analyse sind der im Rahmen der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse erstellten Auswertungsmatrix entnommen. Die Auswertungsmatrix ist dieser Arbeit als Anhang D beigefügt.

#### 3.1 Krankheitskonzept

Die Oberkategorie ‚Krankheitskonzept‘ wies sechs Unterkategorien auf: (1) Bedingungen von Krankheit und Gesundheit sowie generelles Krankheitskonzept, (2) Krankheitsursachen, (3) Krankheitsentwicklung und -verlauf, (4) Beschreibung und Interpretation der Symptome und Symptomausprägungen, (5) Subjektiv wahrgenommener Sinn oder Bedrohlichkeit der Erkrankung, (6) Subjektive Vorstellungen zu Behandl- und Kontrollierbarkeit der Erkrankung. Die inhaltlichen Ergebnisse diese Unterkategorien betreffend werden in den folgenden Teilkapiteln erörtert.

##### *3.1.1 Bedingungen von Krankheit und Gesundheit sowie generelles Krankheitskonzept*

Diese Unterkategorie betraf die generellen Vorstellungen der Probanden bezüglich der Frage, wodurch sich ein Zustand von (psychischer) Krankheit bzw. Gesundheit auszeichnet. Es ergab sich hierbei ein zweigeteiltes Bild: Ein Teil der Probanden betrachtete ‚psychische Krankheit‘ mehr oder weniger pauschal als ‚Verrücktheit‘ (S. 91 ff., Bedingungen, P05, Z. 92-93; Bedingungen, P10, Z. 50-51; Bedingungen, P13, Z. 85-88; Bedingungen, P15, Z. 92-93) oder gab an, überhaupt kein Konzept von psychischer Krankheit zu haben, bzw. dieses Konzept nicht zu verstehen (S. 91 ff., Bedingungen, P08, Z. 55-57; Bedingungen, P14, Z. 15). Ein anderer, kleinerer Teil der Probanden hatte ein differenzierteres Konzept von psychischer Krankheit, wonach psychische Krankheit durchaus unterschiedliche Erscheinungsformen wie mentale Erschöpfung (S. 93., Bedingungen, P15, Z. 64-66), unlogisches Denken, Selbstzweifel (S. 92., Bedingungen, P11, Z. 60-64) oder Suizidalität (S. 92. Bedingungen, P12, Z. 17-23) annehmen konnte. Des Weiteren

konnten auch Probanden, die psychische Krankheit als einer Behandlung bedürftig auffassten, (S. 92., Bedingungen, P11, Z. 60-64; Bedingungen, P12, Z. 69-70), dieser zweiten Kategorie zugeordnet werden. Ebenso setzten auch Aussagen, wie die, dass auch psychisch als gesund geltende Menschen psychische Probleme haben können (S. 92, Bedingungen, P12, Z. 17-23), eine differenziertere Auseinandersetzung mit einem Konzept psychischer Krankheit voraus. Ob ein Proband eher in die erste oder in die zweite Kategorie fiel, schien dabei insbesondere von vorherigen Erfahrungen bzw. Vorbildung abzuhängen.

### *3.1.2 Krankheitsursachen*

Im Hinblick auf Krankheitsursachen wurden von den befragten Probanden insbesondere traumatische Erfahrungen wie der gewaltsame Verlust von Freunden oder Familienangehörigen, weitere Kriegserfahrungen im Heimatland (z. B. Bombardierungen), sowie traumatische Erfahrungen während der Flucht (z. B. Folter und Ermordungen) angeführt (z. B. S. 94 ff., Krankheitsursachen, P01, Z. 28; Krankheitsursachen, P02, Z. 18-21; Krankheitsursachen, P03, Z. 206-215; Krankheitsursachen, P09, Z. 15-17; Krankheitsursachen, P15, Z. 15-18). Auch Unklarheit über das Schicksal von Familienangehörigen wurde als mögliche Ursache betrachtet (S. 94, Krankheitsursachen, P02, Z. 26-31). Einige Probanden führten zusätzlich schwierige Lebensumstände in Deutschland (z. B. beengte Wohnverhältnisse, Sprachbarrieren, fehlende soziale Unterstützung) als ursächlich für die Entstehung ihrer Krankheit an (z. B. S. 99 ff., Krankheitsursachen, P08, Z. 62-65; Krankheitsursachen, P09, Z. 29-30; Krankheitsursachen, P11, Z. 48-55). Der bei weitem überwiegende Teil der Probanden sah die Ursache in den mittel- und unmittelbaren Umständen und Folgen von Krieg und Flucht. Die Art und Weise der Beschreibung bzw. das verwendete Vokabular waren dabei von einer Art, wie sie auch einem deutschen Arzt problemlos verständlich sein sollten.

### *3.1.3 Beschreibung und Interpretation der Symptome / Symptomausprägungen*

Betrachtete man die Aussagen der Probanden hinsichtlich der Art und Weise, wie sie ihre Symptome beschrieben und interpretierten, so zeigte sich, dass ein großer Teil der Befragten seine Symptome mit einem Vokabular beschrieb, welches darauf

hindeutete, dass die Probanden die Krankheit und ihre Symptome entweder tatsächlich als primär somatisch interpretierten (S. 104 ff., Symptome, P04, Z. 15-16; Symptome, P06; Z. 35-37; Symptome, P14, Z. 15-16) oder aber den Begriff ‚psychische Erkrankung‘ o. ä. zu vermeiden versuchten, indem sie ihn durch Begriffe wie ‚Verwirrtheit‘ (S. 107, Symptome, P10, Z. 20-21) oder ‚psychische Belastung‘ (S. 104, Symptome, P03, Z. 38-41) ersetzten. In Einzelfällen bestanden die Probanden sogar explizit darauf, dass ihre Krankheit somatisch bedingt sei (z. B. ‚nervlich bedingt‘, siehe S. 105, Symptome, P04, Z. 52-57). Probanden, die ihre Symptome explizit als Symptome einer psychischen Erkrankung beschrieben, waren hingegen in der Unterzahl (S. 104, Symptome, P01, Z. 62-64). Darüber hinaus zeigte sich allerdings, dass das von den Probanden für die Beschreibung ihrer Symptome verwendete Vokabular zumindest in Teilen durchaus mit dem im westlichen Kulturkreis gebräuchlichen Vokabular kompatibel war. So sprachen die Probanden u. a. von ‚Antriebslosigkeit‘ (S. 104, Symptome, P03, Z. 57), ‚Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen‘ (S. 106, Symptome, P06, Z. 35-37), ‚Vergesslichkeit‘ (S. 107, Symptome, P10, Z. 15-19), oder ‚starkes Zittern‘ (S. 107, Symptome, P10, Z. 35-37).

#### *3.1.4 Subjektiv wahrgenommener Sinn oder Bedrohlichkeit der Erkrankung*

Nur drei Probanden machten Aussagen, die sich als Sinnzuschreibung zu ihrer Erkrankung interpretieren ließen (S. 108 f., Sinn, P01, Z. 29-30; Sinn, P05, Z. 105-106; Sinn, P14, Z. 46). In zweien dieser Fälle (P05 und P14) äußerten die Probanden eine religiös geprägte Auffassung, nach der die Krankheit einen Sinn haben müsse, der sich dem Probanden selbst jedoch nicht zwangsläufig erschlossen habe, da dieser Sinn von Gott vorgegeben sei. Im dritten Fall (P01) gab der Proband im Gegensatz hierzu an, dass er nicht religiös sei und daher auch nicht daran glaube, dass seine Erkrankung ein von Gott vorgegebenes Schicksal sei.

#### *3.1.5 Subjektive Vorstellungen zu Behandel- und Kontrollierbarkeit der Erkrankung*

Hinsichtlich der Behandelbarkeit zeigte sich ein relativ gemischtes Bild. Ein Teil der Probanden war für eine schulmedizinisch bzw. naturwissenschaftlich geprägte Behandlung grundsätzlich offen (S. 109, Behandelbarkeit, P12, Z. 79-81), teilweise mussten hierzu jedoch bestimmte Bedingungen wie die Behandlung außerhalb

eines Krankenhauses aufgrund von Furcht vor anderen, ernsthaft psychisch erkrankten Patienten gegeben sein (S. 109, Behandelbarkeit, P05, Z. 94-96). Andere Probanden schlossen eine solche Behandlung hingegen aus, da sie entweder davon ausgingen, dass die Krankheit auf diese Weise nicht endgültig zu behandeln sei (S. 108, Behandelbarkeit, P04, Z. 137-138) oder sie davon ausgingen, dass andere Maßnahmen wie die Zusammenführung mit der Familie ausreichend seien (S. 109, Behandelbarkeit, P05, Z. 82-87). Teilweise stellte sich ein Wille zur schulmedizinischen Behandlung aber ein, nachdem sich diese Maßnahmen als nicht ausreichend erwiesen (S. 109, Behandelbarkeit, P06, Z. 97-99). Generell wurden von den befragten Probanden jedoch nur wenige Angaben gemacht, die Rückschlüsse auf ihre Vorstellungen zur Behandelbarkeit ihrer Erkrankung zuließen.

### **3.2 Ressourcen**

Zu der Oberkategorie ‚Ressourcen‘ gehörten 6 Unterkategorien: (1) Soziale Unterstützung, (2) Positive Emotionen und Optimismus, (3) Bewältigungsstrategien, (4) Religiosität, (5) Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl, (6) Strukturelle Ressourcen. Die inhaltlichen Ergebnisse zu diesen Unterkategorien werden im Folgenden erörtert.

#### *3.2.1 Soziale Unterstützung*

Im Hinblick auf die Bedeutung von sozialer Unterstützung zeigte sich ein klares Ergebnis: Ein sehr großer Teil der Probanden gab soziale Unterstützung als einen Faktor an, der ihn entlaste bzw. ihm beim Umgang mit der Erkrankung helfe (S. 110 ff., Soziale Unterstützung, P01, Z. 82-90; Soziale Unterstützung, P02, Z. 42-45; Soziale Unterstützung, P05, Z. 54-58; Soziale Unterstützung, P06, Z. 53-54; Soziale Unterstützung, P08, Z. 78-81; Soziale Unterstützung, P09, Z. 52-53 und Z. 65-66; Soziale Unterstützung, P11, Z. 76-77; Soziale Unterstützung, P13, Z. 46-49; Soziale Unterstützung, P14, Z. 55; P15, Z. 78-81) oder wünschte sich mehr soziale Unterstützung (S. 111 ff., Soziale Unterstützung, P03, Z. 90-92; Soziale Unterstützung, P07, Z.77; Soziale Unterstützung, P10, Z. 62-63). Dabei schien weder die Art der sozialen Unterstützung (emotional, instrumentell, informationell)

noch die Quelle der sozialen Unterstützung übermäßig bedeutsam zu sein – generell schien jede Form der sozialen Unterstützung den Aussagen der hier befragten Probanden zufolge eine entlastende Wirkung zu entfalten.

Zumindest für emotionale soziale Unterstützung war es sogar ausreichend, wenn die Unterstützung nicht direkt vor Ort im Aufnahmeland erfolgte, sondern bspw. telefonisch durch im Heimatland oder in einem anderen Land lebende Freunde und Verwandte (S. 114, Soziale Unterstützung, P14, Z. 55; Soziale Unterstützung, P15, Z. 78-81). Für konkrete, praktische Unterstützung wünschten sich einzelne Probanden Unterstützung durch andere Araber, die schon länger in Deutschland lebten (S. 110, Soziale Unterstützung, P01, Z. 173-177). Dies schien jedoch nicht zwingend erforderlich zu sein: Häufig gaben die Probanden auch an, dass praktische Unterstützung durch nicht-arabische, freiwillige Helfer und Betreuer als hilfreich erlebt worden sei (S. 111 ff. Soziale Unterstützung, P02, Z. 85-89; Soziale Unterstützung, P05, Z. 54-58; Soziale Unterstützung, P08, Z. 78-81; Soziale Unterstützung, P09, Z. 52-53; Soziale Unterstützung, P10, Z. 62-63).

### *3.2.2 Positive Emotionen und Optimismus*

Verglichen mit der sozialen Unterstützung wurden positive Emotionen und Optimismus von den Probanden weniger häufig als entlastender Faktor genannt. Um sich positive Emotionen zu verschaffen, griffen die Probanden auf individuelle Strategien zurück. Hierzu gehörten das Anschauen von Fotos aus der Heimat oder von der Familie bzw. das Hören von Musik aus der Heimat (S. 115, Positive Emotionen, P03, Z. 127-132), das Verfolgen von berufsbezogenen Zielen bzw. ein Sinngefühl durch Arbeit (S. 115 f., Positive Emotionen, P05, Z. 58-59 und 114-117; Positive Emotionen, P10, Z. 61-62), die generelle Hoffnung auf eine bessere Zukunft (S. 116, Positive Emotionen, P08, Z. 77), morgendliche Rituale, die emotional als positiv erlebt wurden (S. 116, Positive Emotionen, P08, Z. 94-97), oder Ablenkung durch Fernsehen und Videos (S. 116 f. Positive Emotionen, P06, Z. 150-151).

### *3.2.3 Bewältigungsstrategien*

Im Hinblick auf Bewältigungsstrategien stand bei den hier befragten Probanden Bewegung in Form von Spaziergehen (bevorzugt in der Natur) im Vordergrund (S. 117 ff, Bewältigungsstrategien, P02, Z. 56-57; Bewältigungsstrategien, P04, Z. 131-132; Bewältigungsstrategien, P10, Z. 73-76; Bewältigungsstrategien, P13, Z. 62-65; Bewältigungsstrategien, P14, Z. 73; Bewältigungsstrategien, P15, Z. 98-99). Auch hier zeigten sich jedoch, wie bei der vorangegangenen Kategorie, individuelle Strategien: Einige Probanden zogen es statt der Bewegung vor, Zeit an ruhigen Orten zu verbringen (S. 117, Bewältigungsstrategien, P09, Z. 64-65), zu schreiben, zu lesen (S. 117 f., Bewältigungsstrategien, P01, Z. 119-122) oder Musik zu hören (S. 117, Bewältigungsstrategien, P05, Z. 133-135). Es zeigten sich jedoch auch Strategien, die weniger einer Bewältigung als vielmehr einer Ablenkung zu dienen schienen, wie Ablenkung durch Fernsehen oder Arbeit (S. 118, Bewältigungsstrategien, P11, Z. 91-92). Schließlich wurden auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien genannt. Hierzu gehörten der Konsum von Nikotin und Alkohol (S. 117 f., Bewältigungsstrategien, P01, Z. 119-122), selbstverletzendes und antisoziales Verhalten (S. 117, Bewältigungsstrategien, P05, Z. 133-135) oder Glücksspiele (S. 118, Bewältigungsstrategien, P12, Z. 107-109).

### *3.2.4 Religiosität*

Einige Probanden kamen auf Religiosität im Sinne eines Glaubens an Gott bzw. auf religiöse Handlungen wie Gebete und die Lektüre des Korans zu sprechen. Die Mehrzahl der Probanden, die diese Faktoren ansprachen, erlebte diese als entlastend oder hilfreich in Bezug auf ihre Erkrankung (S. 119 f., Religiosität, P04, Z. 79-80; Religiosität, P05, Z. 105; Religiosität, P07, Z. 42-43 und Z. 49-50; Religiosität, P08, Z. 77). Dies galt jedoch nicht für alle Probanden: Zwei von ihnen gaben an, dass Religiosität für sie keine Bedeutung habe und entsprechend auch nicht als entlastend erlebt werde (S. 119, Religiosität, P03, Z. 142-143; Religiosität, P14, Z. 57).

### *3.2.5 Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl*

Nur wenige Probanden machten Aussagen, die diesen inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden konnten, weshalb die ursprünglichen zwei Kategorien (erstens Selbstwirksamkeit und zweitens Selbstwertgefühl) zu einer Kategorie zusammengeführt wurden. Diejenigen Probanden, die auf Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwertgefühl zu sprechen kamen, erlebten diese jedoch ausnahmslos als hilfreich bei der Lebensbewältigung und beim Umgang mit ihrer Erkrankung. Hinsichtlich der Quellen, aus denen sich diese Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl im Einzelfall speiste, zeigten sich naturgemäß individuelle Unterschiede: Teilweise schöpften die Probanden Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl aus dem Umstand, zu arbeiten und eigenes Geld zu verdienen (S. 120, Selbstwirksamkeit, P03, Z. 148; Z. 152-159), teilweise aus einer subjektiven Überzeugung, ihre Erkrankung letztendlich mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bezwingen zu können (S. 121, Selbstwirksamkeit, P12, Z. 90-91), teilweise durch den Umstand, zur Gesellschaft beizutragen und Freunde unterstützen zu können (S. 121, Selbstwirksamkeit, P08, Z. 99-104) und teilweise durch den Umstand, dass niemand anderes in der Familie in der Lage war, für die Familie zu sorgen, so dass eine Notwendigkeit bestand, die Erkrankung zu bewältigen (S. 121, Selbstwirksamkeit, P15, Z. 77-78).

### *3.2.6 Institutionelle oder strukturelle Ressourcen*

Diese Unterkategorie wurde im Verlauf der Inhaltsanalyse induktiv eruiert und zum Kategoriensystem hinzugefügt, da von den Probanden häufig Aussagen gemacht wurden, die auf Ressourcen hindeuteten, wobei diese jedoch keiner der deduktiv hergeleiteten Kategorien zugeordnet werden konnten. Viele der Probanden waren der Ansicht, dass insbesondere Hilfe beim Umgang mit den Sprachbarrieren durch Sprachkurse oder die Hinzuziehung von Dolmetschern für die Behandlung und den Umgang mit ihrer Erkrankung hilfreich und entlastend sei (S. 122 ff., Institutionelle Ressourcen, P01, Z. 183-188; Institutionelle Ressourcen, P11, Z. 78; Institutionelle Ressourcen, P12, Z. 146-150), wobei diese Hilfe insgesamt von den Befragten als nicht ausreichend erlebt wurde.

Auch Aufklärung über das deutsche Gesundheits- und Versicherungssystem, die Bedingungen einer Behandlung in Deutschland und insbesondere über psychische Erkrankungen (zur Entstigmatisierung und Aufklärung über Behandelbarkeit sowie Art und Weise der Behandlung) wurden als wünschenswert erachtet (S. 123 ff., Institutionelle Ressourcen, P08, Z. 130-145; Institutionelle Ressourcen, P11, Z. 127-129; Institutionelle Ressourcen, P15, Z. 128-133). Schließlich wurde auch konkrete, praktische Unterstützung bspw. bei der Suche nach einem Schul- oder Arbeitsplatz (S. 122 f., Institutionelle Ressourcen, P05, Z. 111-112; Institutionelle Ressourcen, P08, Z. 130-145), bei der Suche nach einer Adoptivfamilie (S. 122, Institutionelle Ressourcen, P05, Z. 165-169) und konkrete Hilfe bei medizinischen Fragen und Problemen (S. 122 ff., Institutionelle Ressourcen, P06, Z. 128-129; Institutionelle Ressourcen, P11, Z. 78) sowie ausreichende finanzielle Unterstützung (S. 123, Institutionelle Ressourcen, P08, Z. 130-145) als hilfreich erachtet. Dabei war zumindest ein Proband der Ansicht, dass diese Unterstützung bevorzugt durch andere Syrer erfolgen sollte, die bereits seit Längerem in Deutschland lebten (S. 123, Institutionelle Ressourcen, P08, Z. 130-145).

### **3.3 Vulnerabilitätsfaktoren**

Der Oberkategorie ‚Vulnerabilitätsfaktoren‘ wurden 3 Unterkategorien zugeordnet: (1) Verlust- und Trennungserfahrungen, (2) Soziale Isolation oder Ablehnung, mangelnde soziale Unterstützung und Rollenkonflikte, (3) juristische, ökonomische, strukturelle und sonstige Umgebungsbedingungen. Die inhaltlichen Ergebnisse zu diesen Unterkategorien werden in den folgenden Teilkapiteln erörtert.

#### *3.3.1 Verlust- und Trennungserfahrungen*

Wie erwartet erwies sich der Verlust von familiären und freundschaftlichen Beziehungen durch die Flucht aus dem Heimatland oder durch den Tod dieser Menschen in der vorliegenden Analyse als wichtiger Vulnerabilitätsfaktor, der von mehreren Probanden angesprochen wurde (S. 125 ff., Verlusterfahrungen, P01, Z. 44-56; Verlusterfahrungen, P05, Z. 47; Verlusterfahrungen, P06, Z. 58-67; Verlusterfahrungen, P06, Z. 71-74; Verlusterfahrungen, P10, Z. 100-101). Diese Belastung verschärfte sich noch, wenn erschwerende Faktoren wie Schuldgefühle

durch den Umstand, dass man die Familie im gefährlichen Herkunftsland zurückließ (S. 126, Verlusterfahrungen, P03, Z. 43-52), Verantwortung für jüngere Geschwister (S. 125, Verlusterfahrungen, P01, Z. 44-56), schwierige Lebensumstände im Aufnahmeland (S. 127, Verlusterfahrungen, P06, Z. 71-74) oder die Erfahrung, verlassen zu werden (S. 128, Verlusterfahrungen, P12, Z. 58-63), hinzukamen.

### *3.3.2 Soziale Isolation, soziale Ablehnung, mangelnde soziale Unterstützung*

Im Hinblick auf diese, mit der vorangegangenen Unterkategorie verwandten Unterkategorie ergab sich ein vergleichbares Bild wie im Hinblick auf Verlust- und Trennungserfahrungen: Soziale Isolation, soziale Ablehnung, sowie mangelnde soziale Unterstützung wurden durchweg als belastend, bzw. die bestehenden (gesundheitlichen) Probleme verschärfend erachtet (S. 128 ff., Soziale Isolation, P01, Z. 77-78; Soziale Isolation, P03, Z. 83; Soziale Isolation, P05, Z. 79-80; Soziale Isolation, P06, Z. 20-26; Soziale Isolation, P11, Z. 26-30; Soziale Isolation, P14, Z. 56-57). Dabei wurde die soziale Ablehnung sowohl in der Vergangenheit und bereits im Heimatland erfahren (S. 129 f., Soziale Isolation, P06, Z. 20-26 und Z. 37-39) als auch in der Gegenwart (S. 130 f., Soziale Isolation, P11, Z. 26-30), in beiden Fällen wurde sie als belastend erlebt. Verschlimmert wurde dieser Umstand des Weiteren, wenn weitere verschärfende Faktoren wie Druck durch die Familie im Heimatland hinzukamen (S. 129, Soziale Isolation, P05, Z. 28-30 und 79-80). Des Weiteren wurde die soziale Ablehnung teilweise auch auf gesellschaftlicher Ebene empfunden, d. h. der Proband fühlte sich als Asylbewerber durch die deutsche Gesellschaft abgelehnt (S. 128, Soziale Isolation, P03, Z. 71-74). Auch dies wurde als belastend empfunden.

### *3.3.3 Umgebungsbedingungen und strukturelle Bedingungen*

Hierbei handelte es sich um eine Unterkategorie, die im Laufe der Analyse induktiv gebildet wurde. Es handelte sich hierbei um die mit Abstand am häufigsten von den Probanden erwähnte Kategorie von Belastungsfaktoren. Wenig überraschend wurden insbesondere Sprachbarrieren als ein Faktor erlebt, der den Umgang mit und die Behandlung der eigenen Erkrankung erschwerte (S. 133 ff., Umgebungsbedingungen, P03, Z. 118-122; Umgebungsbedingungen, P09, Z. 96-

100; Umgebungsbedingungen, P11, Z. 83-84; Umgebungsbedingungen, P12, Z. 95-97; Umgebungsbedingungen, P14, Z. 63). Hierbei wurde des Weiteren bemängelt, dass angebotene Sprachkurse häufig von Laien organisiert und durchgeführt worden seien, wodurch es diesen Kursen an der notwendigen, didaktischen und pädagogischen Qualität mangle (S. 133, Umgebungsbedingungen, P03, Z. 192-200). Diese fehlende Professionalität bei einer Unterstützung durch freiwillige Helfer, sowie eine generell nicht ausreichende Unterstützung wurde auch im Hinblick auf den Umgang mit und die Behandlung von Erkrankungen bemängelt (S. 131 ff., Umgebungsbedingungen, P03, Z. 86-90; Z. 118-122; P13, Z. 112-119). Zudem wurde zumindest von einem Probanden auch eine Unterstützung durch Fachpersonal arabischer Herkunft als wichtig erachtet (S. 137, Umgebungsbedingungen, P13, Z. 112-119).

Zusammenhängend mit Sprachbarrieren wurde von den Probanden häufig auch mangelndes Wissen und mangelnde Aufklärung hinsichtlich des Krankenversicherungssystems, Kostenübernahmemöglichkeiten und Möglichkeiten der Behandlung als Faktor bemängelt, der den Umgang mit und die Behandlung der Erkrankung erschwerte (S. 135 ff., Umgebungsbedingungen, P08, Z. 87-89; Umgebungsbedingungen, P09, Z. 58-59 und Z. 96-100; Umgebungsbedingungen, P10, Z. 68-69; Umgebungsbedingungen, P11, Z. 83-84; Umgebungsbedingungen, P14, Z. 63; Z. 101-105). Wünschenswert waren zudem Aufklärungsprogramme, die spezifisch über psychische Erkrankungen und deren Behandelbarkeit informieren (S. 133 ff., Umgebungsbedingungen, P03, Z. 118-122; P05, Z. 123-127; P09, Z. 96-100; P14, Z. 101-105).

Selbst wenn das Wissen über entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten gegeben war, wurden des Weiteren der hohe Grad an Bürokratisierung bzw. langsame Bearbeitungs- und Entscheidungsprozesse und die sich daraus teilweise ergebende juristische und ökonomische Unsicherheit als belastend erlebt (S. 131 ff. Umgebungsbedingungen, P03, Z. 57-59 sowie Z. 97-103 und Z. 109-113; Umgebungsbedingungen, P05, Z. 25-28). Umgekehrt wurde durch Behörden gelegentlich aber auch Druck erzeugt und es ergaben sich Schwierigkeiten durch Sprach- und kulturelle Differenzen, auf welche Mitarbeiter in Behörden mit Unverständnis oder Ungeduld reagierten (S. 134, Umgebungsbedingungen, P05, Z. 30-31). Schließlich wurde auch eine generell nicht ausreichende (finanzielle)

Unterstützung durch staatliche Organe als erschwerender Faktor erlebt (S. 134 f., Umgebungsbedingungen, P05, Z. 61-65 und Z. 76-79; Umgebungsbedingungen, P09, Z. 53-55).

Belastend waren auch die Wohnverhältnisse in den Erstaufnahmeeinrichtungen (S. 131 ff., Umgebungsbedingungen, P03, Z. 30-34; Umgebungsbedingungen, P06, Z. 74-77; Umgebungsbedingungen, P09, Z. 96-100), sowie die mit dem Asylverfahren einhergehenden Bedingungen wie Beschäftigungslosigkeit durch den Umstand, dass keine Arbeitserlaubnis bestand (S. 136 f., Umgebungsbedingungen, P11, Z. 29-34; Umgebungsbedingungen, P12, Z. 38-40).

### **3.4 Offenlegungsvorbehalte**

Zur Oberkategorie ‚Offenlegungsvorbehalte‘ gehörten vier Unterkategorien: (1) Soziale Vorbehalte und Rollenkonflikte, (2) kulturell und religiös bedingte Vorbehalte (3) krankheitsbezogene Vorbehalte, (4) die Offenlegung begünstigende Vorbehalte. Die Ergebnisse zu diesen inhaltlichen Kategorien werden im Folgenden dargestellt.

#### *3.4.1 Soziale Vorbehalte und Rollenkonflikte*

Soziale Offenlegungsvorbehalte nahmen in den Gesprächen mit den Probanden einen großen Platz ein. Im Vordergrund stand hierbei die Furcht vor sozialer Ausgrenzung oder Stigmatisierung und ein Schamgefühl bei dem Gedanken daran, dass Menschen aus dem erweiterten sozialen Umfeld davon erführen, dass der Proband an einer psychischen Erkrankung leide oder sich in psychiatrischer Behandlung befinde (S. 140 ff., Soziale Vorbehalte, P05, Z. 146-148; Soziale Vorbehalte, P07, Z. 69; Soziale Vorbehalte, P09, Z. 85-86; Soziale Vorbehalte, P11, Z. 108-113; Soziale Vorbehalte, P12, Z. 118-122; Soziale Vorbehalte, P13, Z. 54-57 und Z. 77-81; Soziale Vorbehalte, P14, Z. 82-86; Soziale Vorbehalte, P15, Z. 118-119). In manchen Fällen betraf diese Sorge nicht primär den Probanden selbst, sondern nahe Familienmitglieder. So gab eine Probandin an, zu befürchten, dass ihre Töchter keinen Ehemann finden würden, wenn bekannt würde, dass ihre Mutter eine „Epileptikerin“ sei (S. 140 f., Soziale Vorbehalte, P04, Z. 112-119). Eine andere Probandin befürchtete, bei einer Offenlegung möglicherweise das Sorgerecht für

ihre Kinder zu verlieren (S. 139, Soziale Vorbehalte, P02, Z. 74-76). Ein Proband gab an, aufgrund seiner Persönlichkeit grundsätzlich nicht über Dinge wie eigene Erkrankungen zu reden (S. 139, Soziale Vorbehalte, P01, Z. 148-153).

Ein Teil der Probanden gab an, durchaus bereit zu sein, ihre Erkrankung vor nahen Familienmitgliedern oder engen Freunden offenzulegen (S. 141 ff., Soziale Vorbehalte, P10, Z. 85; Soziale Vorbehalte, P13, Z. 77-81; Soziale Vorbehalte, P14, Z. 82-86), wobei in einigen Fällen jedoch gleichzeitig angegeben wurde, dass sie hierbei Begriffe wie ‚psychische Erkrankung‘ vermeiden und weniger stigmatisierte Beschreibungen wie ‚es geht mir nicht gut‘ verwenden würden (S. 139, Soziale Vorbehalte, P03, Z. 169-171) oder vor der Offenlegung zunächst sichergestellt werden müsse, dass die Person nicht aus Syrien stamme und auch sonst keine Verbindungen zur eigenen Familie habe (S. 142, Soziale Vorbehalte, P12, Z. 118-122). Nur ein Proband gab an, keine sozialen Offenlegungsvorbehalte zu pflegen (S. 139, Soziale Vorbehalte, P03, Z. 138), wobei dieser Proband jedoch gleichzeitig angab, seine Erkrankung anderen gegenüber dabei nicht als Krankheit zu beschreiben, sondern lediglich als eine Art Stimmungstrübung oder vorübergehendes Unwohlsein (S. 139, Soziale Vorbehalte, P03, Z. 169-171).

#### *3.4.2 Kulturell und religiös bedingte Vorbehalte*

Auch kulturell bzw. religiös bedingte Vorbehalte nahmen in den Ausführungen der hier befragten Probanden relativ großen Raum ein. Übereinstimmend gaben die Probanden dabei an, dass psychische Erkrankungen und psychiatrische Behandlungen in der syrischen Kultur stigmatisiert, oder zumindest argwöhnisch betrachtet und nicht etabliert seien. In diesem Zusammenhang waren psychische Erkrankungen teilweise auch mit ‚Verrücktheit‘ gleichgesetzt (S. 144 ff., Kulturelle Vorbehalte, P01, Z. 109-113; Kulturelle Vorbehalte, P02, Z. 50-51 und Z. 67-70; Kulturelle Vorbehalte, P04, Z. 138-140; Kulturelle Vorbehalte, P06, Z. 162-168; Kulturelle Vorbehalte, P09, Z. 39-42; Kulturelle Vorbehalte, P12, Z. 122-124; Kulturelle Vorbehalte, P13, Z. 93-95; Kulturelle Vorbehalte, P15, Z. 86-88). Diese kulturell bedingten Einstellungen waren bei einigen Probanden stark internalisiert, so dass ihre Erkrankung mit einem Schamgefühl verbunden war bzw. sie explizit darum baten, ihre Behandlung nicht als eine psychiatrische Behandlung zu bezeichnen (S. 146, Kulturelle Vorbehalte, P10, Z. 91), oder eine Diagnose und

Behandlung aus Furcht lange aufgeschoben (S. 147, Kulturelle Vorbehalte, P15, Z. 86-88). Bei hohem Leidensdruck schienen diese Vorbehalte jedoch überwunden werden zu können (S. 144, Kulturelle Vorbehalte, P01, Z. 109-113). Nicht alle Probanden akzeptierten jedoch diese kulturell bedingte Perspektive auf psychische Erkrankungen und deren Behandlung (S. 145 f., Kulturelle Vorbehalte, P06, Z. 136-140; Kulturelle Vorbehalte, P09, Z. 39-42).

### *3.4.3 Krankheitsbezogene Vorbehalte*

Die Aussagen einer Probandin ließen darauf schließen, dass zumindest in ihren eigenen Augen epileptische Erkrankungen als besonders stigmatisiert gelten und mit ‚Verrücktheit‘ gleichgesetzt werden (S. 148, Krankheitsbezogene Vorbehalte, P04, Z. 96-105). Zwar würde sie durchaus eine Behandlung in Anspruch nehmen, jedoch müssten aufgrund dieser Stigmatisierung hierbei die Begriffe ‚Epilepsie‘, ‚Krampfanfall‘ o. ä. vermieden werden (S. 149, Krankheitsbezogene Vorbehalte, P04, Z. 133-137).

Ein anderer Proband gab an, eine große Furcht davor zu hegen, trotz des Umstands, dass seine Symptome vorwiegend psychischer Art seien, an einer ernsthaften somatischen Krankheit erkrankt zu sein und deshalb keinen Psychiater, sondern auf den somatischen Bereich spezialisierte Fachärzte aufzusuchen (S. 148, Krankheitsbezogene Vorbehalte, P01, Z. 22).

### *3.4.4 Die Offenlegung begünstigende Faktoren*

In den Gesprächen mit den Probanden zeigten sich mehrere Faktoren, die den Schluss zulassen, dass sie eine Offenlegung begünstigen. Hierzu gehörten der Wunsch nach einer hohen Lebensqualität (S. 149, Begünstigende Faktoren, P03, Z. 177-179), der Kontakt mit der in Deutschland vorherrschenden Perspektive, dass (aus Sicht des Probanden) es völlig normal ist, sich bei psychischen Erkrankungen professionelle psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe zu suchen. (S. 149 f., Begünstigende Faktoren, P06, Z. 182-189), ein hoher Leidensdruck (S. 150, Begünstigende Faktoren, P07, Z. 60-62), eine offene Einstellung gegenüber der Erkrankung (S. 150, Begünstigende Faktoren, P08, Z. 111-113), die Überzeugung, Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung zu benötigen (S. 151, Begünstigende

Faktoren, P11, Z. 102-104), Vertrauen in die Personen, gegenüber denen die Krankheit offengelegt wurde (S. 151, Begünstigende Faktoren, P15, Z. 112-113) und die Möglichkeit, die Erkrankung somatisch zu beschreiben oder aufzufassen (S. 151, Begünstigende Faktoren, P14, Z. 91-92).

### **3.5 Zusammenfassung**

Zusammenfassend betrachtet stachen aus der Analyse drei auffällige Punkte heraus. Erstens wurde in Bezug auf das Krankheitskonzept aus den Befragungen deutlich, dass psychische Erkrankungen in der syrischen Kultur im Allgemeinen offenbar recht stigmatisiert sind. Sehr viele der Befragten setzten die Inanspruchnahme einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung mit ‚Verrücktheit‘ gleich, wobei Verrücktheit als Verlust der Kontrolle über die eigenen Gedanken betrachtet wurde. Angesichts einer derartigen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen überrascht es nicht, dass viele der Probanden ihre Erkrankung nur ungern offenlegen wollten oder nur vor Personen, gegenüber denen sie ausreichend Vertrauen hegten.

Zweitens spiegelten die Ergebnisse die große Bedeutung sozialer Beziehungen und Unterstützung als Ressource bzw. das Fehlen sozialer Beziehungen und Unterstützung als Vulnerabilitätsfaktor wider: Ein sehr großer Anteil der Befragten gab an, dass soziale Beziehungen zur Entlastung, zu besserem Wohlbefinden, oder zu einem verringerten Leiden unter der Erkrankung beitrugen bzw. dass umgekehrt das Fehlen wichtiger sozialer Beziehungen (insbesondere Familie und Freunde) als belastend erlebt wurde und das Leiden unter der Erkrankung hierdurch weiter vergrößert wurde.

Drittens schließlich erwies sich, selbst bei einer grundsätzlichen Behandlungsbereitschaft der Probanden, die hohe Bürokratisierung deutscher Behörden und Institutionen in vielen Fällen als großes Hindernis für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Mangelnde Erfahrung mit dem deutschen Gesundheitssystem und Unwissen darüber, für welche Leistungen die Kosten übernommen werden, Sprachbarrieren, aber auch kulturelle Barrieren und Missverständnisse beim Kontakt mit den Mitarbeiter/-innen dieser Behörden

machten es den Geflüchteten fast unmöglich, ohne die Hilfe von Freiwilligen oder Hilfsorganisationen die ihnen zustehende Hilfe bei der Behandlung ihrer Erkrankung zu erhalten. Darüber hinaus bestätigten die vorliegenden Ergebnisse im Wesentlichen den gegenwärtigen Stand der Forschung bezüglich der Ursachen psychischer Erkrankungen wie PTBS, die häufig bei Geflüchteten beobachtet werden, sowie die wichtige Rolle bereits bekannter Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren beim Umgang mit der Erkrankung.

## 4. Diskussion

### 4.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, die Forschungsfrage zu beantworten, wie das Krankheitskonzept syrischer Flüchtlinge inhaltlich charakterisiert werden kann. Dies geschah vor dem Hintergrund des Problems interkultureller Auffassungsunterschiede hinsichtlich Ursachen- und Behandlungsvorstellungen sowie der Bereitschaft zur Offenlegung psychischer Erkrankungen seitens der Studienteilnehmer. Im Hinblick auf die Behandlung syrischer Geflüchteter war des Weiteren die Frage zu klären, welche Ressourcen Resilienzfaktoren von den Befragten selbst als besonders wichtig und welche Vulnerabilitätsfaktoren als besonders schwerwiegend erachtet wurden. Nach Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse kann die Forschungsfrage wie folgt beantwortet und das Krankheitskonzept syrischer Geflüchteter wie folgt charakterisiert werden.

#### *4.1.1 Allgemeine Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit*

Das Krankheitskonzept der hier befragten, syrischen Geflüchteten bezüglich psychischer Erkrankungen zeichnete sich überwiegend aus durch eine kulturell bedingte Stigmatisierung derartiger Erkrankungen, wodurch wiederum der Wille und die Bereitschaft, eine Behandlung anzustreben oder die Krankheit vor anderen – insbesondere vor Mitgliedern des gleichen Kulturkreises – offen zu legen, litt. Oft gingen starke Schamgefühle oder Ängste bezüglich des eigenen sozialen Status oder des sozialen Status von Verwandten mit dieser Stigmatisierung einher. Es leuchtet ein, dass sich hierdurch nicht unerhebliche Herausforderungen für Ärzte im Zuge der Diagnostik und Behandlung ergeben könnten, auf welche in Kapitel 4.2 (Praktische Implikationen) noch näher einzugehen sein wird. Mögliche Lösungsansätze für dieses Problem werden ebenfalls dort aufgezeigt.

#### *4.1.2 Krankheitsursachen und Symptombeschreibung*

Im Hinblick auf die Krankheitsursachen, bzw. die subjektive Ursachenzuschreibung zeigte sich hingegen eine weitgehende Deckungsgleichheit zwischen der naturwissenschaftlich-medizinischen Auffassung und der Auffassung der hier

befragten Geflüchteten: Traumatische (Kriegs-)Erfahrungen standen klar im Vordergrund. Aufgrund der beschriebenen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen spiegelten sich diese Ursachen jedoch in den Symptombeschreibungen der Befragten häufig nicht wieder. Stattdessen lag der Fokus der Beschreibung häufig auf somatischen Faktoren bzw. Symptomen. Des Weiteren wurden die als ursächlich erlebten, traumatischen Erfahrungen in vielen Fällen durch die mit dem Status als Migrant bzw. Asylbewerber einhergehenden Vulnerabilitätsfaktoren im Aufnahmeland noch weiter verstärkt. Übereinstimmend mit der Forschung zu Resilienz bei Erwachsenen konnten Faktoren wie positive Emotionen, Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl, das Erleben von Sinn durch Religiosität oder die Übernahme gesellschaftlich relevanter Aufgaben, individuelle Bewältigungsstrategien, sowie insbesondere soziale Unterstützung sich hier aber deutlich mildernd auswirken. Umso schwerwiegender war deshalb der Umstand, dass es in einigen Fällen an ausreichender sozialer Unterstützung fehlte oder dysfunktionale, bzw. schädliche, individuelle Bewältigungsstrategien (Selbstverletzung, Alkoholkonsum usw.) gewählt wurden, da keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung standen.

#### *4.1.3 Behandelbarkeit*

Betrachtete man die Vorstellungen der Befragten zur Behandelbarkeit ihrer Erkrankungen, so zeigten sich erneut relativ stark ausgeprägte, kulturelle Eigenheiten: Mehrere Probanden waren der Ansicht, dass eine Behandlung nicht möglich oder nicht wünschenswert sei, da letztendlich Gott für die Erkrankung verantwortlich sei und somit nur er eine Heilung herbeiführen könne. Diese Überzeugung zeigte sich jedoch nicht durchgängig – die Mehrzahl der Befragten schien durchaus grundsätzlich für naturwissenschaftlich-medizinisch geprägte Behandlungsansätze offen zu sein, sofern der Leidensdruck hoch genug war oder sichergestellt werden konnte, dass die Behandlung ohne Beteiligung von für den Betroffenen nicht vertrauenswürdigen Personen stattfand. Möglicherweise konnte die Bereitschaft zur Behandlung also durch vorherigen Kontakt mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen oder durch Aufklärung hinsichtlich psychischer Erkrankungen positiv beeinflusst werden.

#### *4.1.4 Ressourcen*

Bezüglich der Ressourcen erwies sich soziale Unterstützung jedweder Art (emotional, instrumentell, informationell; durch Freunde, Familie, oder freiwillige Helfer) als zentrale Ressource, die von fast jedem der befragten Probanden (mit Ausnahme von P12) genannt wurde. Hierdurch ergaben sich offenkundige praktische Implikationen, die im nachfolgenden Teilkapitel erarbeitet werden. Etwas weniger häufig wurden Bewältigungsstrategien genannt, welche ebenfalls als sehr wirksam zur Entlastung erlebt wurden (vorausgesetzt, es werden funktionale, positive Bewältigungsstrategien wie Spaziergehen, Musikhören oder Schreiben genutzt). Als drittwichtigste Ressource konnten strukturelle und institutionelle Ressourcen genannt werden, die insbesondere bei praktischen Problemen (Sprachbarrieren, Kenntnis über das deutsche Gesundheitssystem, Hilfe bei Behördengängen usw.) als hilfreich, aber noch nicht ausreichend vorhanden erlebt werden. Demgegenüber wurden positive Emotionen deutlich seltener als Ressource genannt, obgleich auch sie den Aussagen der Befragten zufolge durchaus eine entlastende Wirkung entfalten konnten. Nur wenige Probanden nannten Religiosität und Selbstwirksamkeit, oder Selbstwertgefühl als Ressourcen. Diese beiden letztgenannten Ressourcen konnten somit als die am wenigsten bedeutsamen Resilienzfaktoren in der hier untersuchten Stichprobe betrachtet werden.

#### *4.1.5 Vulnerabilitätsfaktoren*

Im Hinblick auf Vulnerabilitätsfaktoren zeigte sich im Grunde das gleiche Bild wie im Hinblick auf die Resilienzfaktoren in gespiegelter Form: Das Fehlen sozialer Unterstützung oder gar soziale Ablehnung so wie Trennungs- und Verlusterfahrungen wurden durchgängig als sehr belastend erlebt und konnten als wichtigster Vulnerabilitätsfaktor in dieser Stichprobe identifiziert werden. Entsprechende Unterstützungsangebote waren also dringend vonnöten. Analog zu den Ressourcen ergaben sich des Weiteren strukturelle Bedingungen und Umgebungsbedingungen (insbesondere Sprachbarrieren, fehlendes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem, ein hoher Grad an Bürokratisierung und entsprechend lange Wartezeiten bei Entscheidungen, sowie interkulturelle

Missverständnisse oder Ablehnung in Behörden und Institutionen) als zweitwichtigster Vulnerabilitätsfaktor.

#### *4.1.6 Offenlegungsvorbehalte*

Das wesentliche Ergebnis im Hinblick auf Offenlegungsvorbehalte war die Bedeutung der teils sehr ausgeprägten sozial, kulturell, oder religiös bedingten und im Zusammenhang mit der weiter oben genannten Stigmatisierung psychischer Erkrankungen stehenden Vorbehalte, die sich bei einem großen Teil der befragten Probanden zeigte. Schamgefühle und Furcht vor der eigenen sozialen Ausgrenzung bzw. der Ausgrenzung von Familienangehörigen wurden hier sehr häufig genannt. Diese Hindernisse müssen also bei der Art und Weise der Kommunikation ärztlicher Diagnosen und bei der Frage, an wen Diagnosen kommuniziert werden, unbedingt berücksichtigt werden. Gleichzeitig wiesen die Aussagen einiger Probanden darauf hin, dass diese Offenlegungsvorbehalte mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland abnehmen. Ebenso schien es möglich zu sein, diese Offenlegungsvorbehalte zu umgehen, wenn die Möglichkeit bestand, die Erkrankung als organisch bzw. somatisch bedingt zu konzipieren, oder wenn der Leidensdruck größer ist als die Offenlegungsvorbehalte.

## **4.2 Praktische Implikationen**

Aus den hier vorliegenden Ergebnissen ergeben sich mehrere praktische Implikationen. Zunächst weisen die Ergebnisse klar auf die Notwendigkeit hin, vor dem Beginn einer Behandlung bei Migranten aus Syrien grundsätzlich immer das Krankheitskonzept zu erfragen. Diese Notwendigkeit besteht aufgrund der hohen Bedeutung des gemeinsamen Krankheitskonzepts für Compliance und Behandlungserfolg [20, 32] einerseits, sowie aufgrund der im Ergebnisteil und im vorangegangenen Teilkapitel erörterten, mitunter erheblichen Unterschiede zwischen den unter der autochthonen deutschen Bevölkerung und den unter syrischen oder syrisch stämmigen Migranten vorherrschenden Konzepten andererseits. Dabei muss dieses Erfragen immer unter einer kultursensitiven Perspektive erfolgen, d. h., der erfragende Arzt selbst muss sich bewusst sein, dass sein eigenes Krankheitskonzept keinesfalls das einzig mögliche ist [59] und der

Patient als Experte für sein subjektives Empfinden und Erleben ein gleichberechtigtes Mitspracherecht hinsichtlich der Definition des gemeinsamen Krankheitskonzepts hat [58]. Ob für die Eruierung des Krankheitskonzepts bereits vorliegende Instrumente wie das Cultural Formulation Interview (CFI) [14] ausreichend sind, kann im Rahmen der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden, da keine entsprechenden Daten erhoben wurden.

In diesem Zusammenhang stellt sich des Weiteren die Frage, auf welche Art und Weise und mit welchen Mitteln ein gemeinsames Krankheitskonzept zwischen Patient und Arzt hergestellt werden kann. Die Ergebnisse geben hier bereits eine erste Möglichkeit vor: Aus den Aussagen einiger der Befragten lässt sich schließen, dass mit zunehmender Dauer des Aufenthalts in Deutschland und zunehmendem Kontakt mit den hiesigen Vorstellungen hinsichtlich psychischer Erkrankungen und psychiatrischer Behandlungen auch eine Angleichung des subjektiven Krankheitskonzepts an ein stärker naturwissenschaftlich-medizinisch geprägtes Konzept stattfindet. Dieser Vorgang sollte dabei jedoch nicht so verstanden werden, dass allein der Patient sich im Hinblick auf das Krankheitskonzept dem des Arztes angleicht. Vielmehr sollte der Grundgedanke hier der einer Annäherung sein, in welcher sich auch der Arzt auf das Krankheitskonzept des Patienten einlässt und sich bezüglich alternativer (nicht-schulmedizinischer) Behandlungsarten offen verhält und diese ggf. zur Anwendung bringt. Allerdings wird man den Beginn der Behandlung häufig nicht so lange aufschieben wollen, bis sich dieser Effekt einstellt – zumal bislang unklar ist, ob sich dieser Effekt grundsätzlich bei allen syrischen Migranten im gleichen Maße einstellt. Dementsprechend sind weitere Instrumente erforderlich, mit denen Ärzte das Krankheitskonzept des Patienten zeitnaher beeinflussen können. Prinz-Kaltenborn nennt in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, über positive Verstärkungen, wie sie bspw. im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen, Vertrauen in den Arzt und in bestimmte Behandlungsarten aufzubauen und hierüber indirekt das Krankheitskonzept zu beeinflussen [46]. Wichtig ist hierbei insbesondere auch eine Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und zwar in einer Art und Weise, die es dem Patienten ermöglicht, sich von einem Konzept psychischer Erkrankung als ‚Verrücktheit‘ sowie von den damit zusammenhängenden, stigmatisierenden

Vorstellungen, zu entfernen. Auch die hier vorliegenden Ergebnisse bestärken die Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes: So äußerten einige Patienten die Überzeugung, dass Aufklärungsarbeit hinsichtlich psychischer Erkrankungen und deren Behandlung die Behandlungsbereitschaft erhöhen könnte.

Aufgrund der interkulturellen Unterschiede hinsichtlich der Dimensionen ‚Kollektivismus-Individualismus‘ sowie ‚Machtdistanz‘ (siehe Kapitel 1.3) könnte es des Weiteren erforderlich sein, im Rahmen der genannten therapeutischen Ansätze auch das beim Patienten vorherrschende Konzept der Arzt-Patienten-Beziehung hin zu einer egalitäreren Beziehungswahrnehmung zu beeinflussen. Ansonsten könnte die Gefahr bestehen, dass die Patienten aufgrund der hohen Machtdistanz nach außen hin zwar den Empfehlungen des Arztes zustimmen statt eigene Bedenken zu äußern oder sich im Sinne eines ‚shared decision making‘ [8] an der Wahl und Gestaltung der Behandlung zu beteiligen, dann aber keine ausreichende Compliance zeigen.

Ebenso bekräftigen die vorliegenden Ergebnisse die öfters in der Literatur geäußerte Forderung, Ausbildungsinhalte zu interkulturellen Kompetenzen und interkultureller Sensitivität in die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal mit aufzunehmen [13, 18, 42]. Sicher ist es sinnvoll – wie es von einigen der Befragten vorgeschlagen wurde – insbesondere syrische oder syrisch stämmige Ärzte für die Behandlung syrischer Geflüchteter und Migranten einzusetzen. Ob auf diese Weise eine flächendeckende medizinische Versorgung möglich ist, darf jedoch bezweifelt werden. Mittel- und langfristig wird kein Weg an einer Verbesserung der kulturellen Kompetenzen / Sensitivität des Fachpersonals vorbeiführen.

Eine weitere praktische Implikation ergibt sich auf der Grundlage der hohen Bedeutung sozialer, institutioneller und struktureller Unterstützung bzw. ihres Fehlens. Konkret legt dieser Befund die Empfehlung nahe, Anstrengungen zu unternehmen und Mittel bereit zu stellen, um die Vernetzung und Organisation von psychisch erkrankten Geflüchteten aus Syrien zu fördern und zu unterstützen. Auf diese Weise könnte fehlende Unterstützung ausgeglichen, der Umgang mit institutionellen und strukturellen Hindernissen (Behördengänge, Schriftwechsel mit

der Krankenkasse usw.) erleichtert und auch zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beigetragen werden. Selbsthilfegruppen und Patientenvereinigungen für Betroffene bestimmter Erkrankungen oder für bestimmte Patientengruppen haben in Deutschland eine lange Tradition [16] und können die Gesundheitsversorgung der in ihnen organisierten Betroffenen verbessern [31]. Ebenso ist es denkbar, dass in diesen Selbsthilfegruppen und Patientenvereinigungen Kurse und Workshops zum Aufbau von Ressourcen (z. B. durch Vermittlung positiver, funktionaler und wirksamer Bewältigungsstrategien) angeboten und die Situation der Betroffenen hierdurch weiter verbessert werden kann. Schließlich würde es die Existenz einer entsprechenden, auf psychisch erkrankte syrische Geflüchtete spezialisierte Patientenvereinigung auch ermöglichen, die Unterstützung der Betroffenen durch freiwillige syrische und syrisch stämmige Helfer, syrische und syrisch stämmige Ärzte und medizinisches Fachpersonal usw. effektiver zu organisieren. Denn wie die hier berichteten Ergebnisse zeigen, ist auch diese mangelnde Unterstützung insbesondere durch syrische und syrisch stämmige Helfer ein von den Betroffenen bemängelter Punkt im Hinblick auf die ihnen zur Verfügung stehende Unterstützung.

### **4.3 Limitationen der Studie**

Obgleich der Autor der vorliegenden Studie der Auffassung ist, dass sie einen durchaus wertvollen Forschungsbeitrag zur Klärung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung syrischer Kriegsflüchtlinge in Deutschland leistet, kann gleichzeitig nicht bestritten werden, dass die Gültigkeit der hier berichteten Ergebnisse durch mehrere Umstände eingeschränkt wird.

Zunächst wird die Gültigkeit der Ergebnisse durch den Umstand eingeschränkt, dass sich trotz aller Bemühungen seitens des Untersuchungsleiters eine gewisse Asymmetrie im Hinblick auf die Machtdistanz zwischen Interviewer und Interviewpartnern nicht vermeiden ließ. Dem Empfinden des Interviewers und Verfassers der vorliegenden Arbeit nach entfaltete der Umstand, dass er selbst als Arzt arbeitete, einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Gespräch und die Äußerungen der Befragten. So machten sie teilweise widersprüchliche Angaben,

die als Ausdruck einer gewissen Ambivalenz gewertet werden können: Zum einen bestand der Wunsch, dem Arzt gegenüber ‚korrekte‘ Antworten zu geben und sich nicht durch etwaiges Unwissen zu ‚blamieren‘. Zum anderen bestand aber das Bedürfnis, die tatsächlich empfundene, subjektive Realität mitzuteilen, um so wirksame Hilfe zu erhalten. Im Rahmen der Auswertung der Interviewdaten wurde versucht, diesem Umstand bei der Interpretation der Probandenaussagen so weit wie möglich Rechnung zu tragen. Dennoch kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass durch den geschilderten Umstand einige Aussagen fehlinterpretiert wurden.

Darüber hinaus muss betont werden, dass es sich bei der hier untersuchten Stichprobe um eine Gelegenheitsstichprobe handelt [10]. Für qualitative Untersuchungen ist dies durchaus üblich und stellt aufgrund der weitgehend offenen, explorativen Fragestellung auch kein wesentliches Problem im epistemologischen Sinne dar. Jedoch kann aufgrund dieses Umstandes keine Repräsentativität der Stichprobe angenommen werden, weshalb auch eine Generalisierung der Ergebnisse unterbleiben sollte [10]. Auch eine Untersuchung intersubjektiver Unterschiede (z. B. Geschlechtsunterschiede) war hierdurch nicht sinnvoll möglich. Stattdessen sollten die hier berichteten Ergebnisse vielmehr zunächst durch weitere Untersuchungen validiert werden, um so zur Theoriebildung beitragen zu können.

Dieser Umstand wiederum deutet auf die Schwierigkeit der Sicherstellung wissenschaftlicher Gütekriterien bei qualitativen empirischen Untersuchungen hin [8, 36]. Generell kann die qualitative Herangehensweise an die in der vorliegenden Studie bearbeitete Fragestellung angesichts des Umstands, dass es sich hierbei um eine weitgehend explorative Fragestellung handelt und die subjektiven Einschätzungen der Befragten für die Beantwortung von zentraler Relevanz sind, als berechtigt betrachtet werden [11]. Die Überprüfung der Erfüllung wissenschaftlicher Gütekriterien bei qualitativen Studien stellt jedoch eine nicht unerhebliche Herausforderung dar [43].

Wie in Kapitel 2.3 erörtert, kann der Anspruch einer vollständigen Objektivität von der qualitativen Inhaltsanalyse aufgrund ihrer Abhängigkeit von den individuellen

Bedingungen der jeweiligen Analyse prinzipiell nicht erfüllt werden. Vielmehr erhält das Verfahren seine näherungsweise Objektivität durch seine Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Nicht umsonst betrachtet Mayring diese intersubjektive Nachvollziehbarkeit und die damit einhergehende, verglichen mit anderen qualitativen Verfahren relativ hohe Objektivität als einen der wesentlichen Vorzüge der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen qualitativen Analyseverfahren [43] – obwohl sie wie erwähnt nicht mit der Objektivität quantitativer Analyseverfahren konkurrieren kann. In der vorliegenden Untersuchung wurde auf eine genaue Begründung und Dokumentation des Vorgehens im spezifischen Ablaufmodell und bei der Beschreibung des Vorgehens geachtet, um diesem Anspruch der Transparenz und intersubjektiven Nachvollziehbarkeit Genüge zu tun (siehe Kapitel 2.2 und 2.3), so dass andere Auswerter bei einer Analyse der erhobenen Rohdaten zu einem annähernd ähnlichen Ergebnis kommen sollten.

Laut Mayring stellt Reliabilität eine Voraussetzung für die Validität dar [43], weshalb die Frage der Sicherstellung der Reliabilität im Folgenden zuerst behandelt wird. Zur Überprüfung der Reliabilität besteht im Kontext der qualitativen Inhaltsanalyse die Möglichkeit, die Interviewdaten simultan von mehreren unabhängigen Analysten auswerten zu lassen. Eine Einschätzung der Reliabilität der Ergebnisse ist sodann anhand des Ausmaßes der Übereinstimmung zwischen den Auswertern möglich (Interrater-Reliabilität) [43]. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung hätte dieses Vorgehen es jedoch erforderlich gemacht, Personen mit ausreichender Sach- und Fachkenntnis nicht nur hinsichtlich des hier untersuchten Gegenstandsbereich, sondern auch hinsichtlich der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse zu gewinnen, bzw. mögliche Kandidaten zunächst entsprechend auszubilden. Dies wiederum wäre mit einem im Rahmen einer medizinischen Dissertation nicht vertretbaren zeitlichen, organisatorischen und / oder monetären Aufwand einhergegangen, weshalb von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht wurde. Die Frage nach der Reliabilität der hier berichteten Daten kann daher letztendlich nicht beantwortet werden.

Aus diesem Umstand folgt bereits, dass auch die Validität der vorliegenden Daten nicht hinreichend bestimmt werden kann. Dennoch soll an dieser Stelle zumindest

auf prinzipielle Möglichkeiten hingewiesen werden, über die die Validität bestimmt werden könnte.

Laut Mayring besteht eine erste Möglichkeit in der Korrelation mit einem oder mehreren Außenkriterium bzw. Außenkriterien [43]. Dies könnten im vorliegenden Fall bspw. vergleichbare Studien mit ähnlichen Fragestellungen und Stichproben mit vergleichbaren Charakteristiken sein. Beim Vorliegen entsprechender Studien könnten diese dann z. B. daraufhin untersucht werden, ob die gleichen Ressourcen und Vulnerabilitätsfaktoren genannt und ob diese ähnlich häufig angesprochen werden. Aufgrund des Umstandes, dass die Frage nach dem Krankheitskonzept syrischer Geflüchteter in Deutschland einen spezifischen, und neuen Forschungsbereich betrifft, erscheint es jedoch unwahrscheinlich, dass entsprechende Studien gefunden werden können. Eine entsprechende Literaturrecherche lieferte übereinstimmend mit dieser Vermutung keine Treffer.

Eine weitere Möglichkeit der Validierung besteht in der so genannten ‚kommunikativen Validierung‘ [43]. Hierbei werden die Ergebnisse der Analyse an die Befragten herangetragen und mit ihnen durchgesprochen. Auf diese Weise wird es ermöglicht, etwaige Missverständnisse oder Interpretationsfehler seitens des Auswerterers aufzudecken und sicherzustellen, dass der Auswerter die subjektive Perspektive des Befragten adäquat abgebildet hat. Wie im Falle der oben erörterten, möglichen Überprüfung der Reliabilität wäre dieses Vorgehen jedoch mit einem erheblichen zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden, da für jeden befragten Probanden ein weiteres Interview durchgeführt werden müsste, weshalb von dieser prinzipiellen Möglichkeit kein Gebrauch gemacht wurde. Dementsprechend kann auch die Validität der vorliegenden Ergebnisse (auch aufgrund der nicht erfolgten Überprüfung der Reliabilität) nicht als gegeben erachtet werden.

Schließlich kann das Fehlen von Vergleichsgruppen als weitere Schwäche der vorliegenden Untersuchung betrachtet werden. Sinnvoll und aufschlussreich wäre bspw. der Vergleich mit einer Gruppe syrischer Kriegsflüchtlinge gewesen, die bereits seit längerem in Deutschland leben und die ebenfalls unter psychischen

Erkrankungen leiden oder litten. Leider konnten jedoch im Zuge der Probandenrekrutierung keine entsprechenden Personen identifiziert werden, weshalb auf diesen Vergleich letztendlich verzichtet wurde.

#### **4.4 Schlussfolgerung**

Auch wenn in der vorliegenden Studie psychische Erkrankungen von den Befragten mitunter sehr unterschiedlich beschrieben und charakterisiert wurden, so zeigt sich in der Gesamtschau dennoch ein eindeutiges Ergebnis im Hinblick auf die Stigmatisierung von psychisch Erkrankten unter den Arabern in Syrien. Diese Stigmatisierung ist stark ausgeprägt und beeinträchtigt sowohl die Bereitschaft zur Offenlegung der Erkrankung als auch die Möglichkeiten zur Behandlung. Dieser Umstand könnte einer der Gründe dafür sein, dass Kriegsflüchtlinge aus Syrien – auch und gerade in Anbetracht der von den hier Befragten berichteten, vielfältigen Belastungen und Risiken für psychische Erkrankung im Zusammenhang mit der Migration - unzureichend in den Einrichtungen des psychosozialen Versorgungsnetzes vertreten sind.

Des Weiteren weisen die Ergebnisse auf einen erheblichen Nachbesserungsbedarf bei Institutionen des Gesundheitssystems im Hinblick auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Ausgangsgruppe hin. Zu nennen ist hier insbesondere eine ausreichende und flächendeckende Versorgung mit Dolmetschern und Übersetzern sowie die Vermittlung interkultureller Kompetenzen und interkultureller Sensitivität bei allen Mitarbeitern im Gesundheitssystem, die mit dieser Patientenpopulation in Kontakt kommen. Nicht zuletzt weisen die Ergebnisse auch auf fehlende Angebote zur sozialen Unterstützung (z. B. Selbsthilfegruppen und Patientenvereinigungen hin).

Insgesamt erscheint es zwar verständlich, dass das Gesundheitssystem in Deutschland aufgrund der Geschwindigkeit, mit der syrische Migranten im Laufe der letzten Jahre zu einer relevanten Patientengruppe wurden, sich bislang nicht ausreichend auf die Bedürfnisse dieser Patienten einstellen konnte. Um eine ausreichende und wirksame gesundheitliche Versorgung sicherzustellen und

unnötiges menschliches Leiden zu vermeiden, sollten die entsprechenden Veränderungen, wie sie in der vorliegenden Arbeit bspw. in Kapitel 3.2 erörtert wurden, jedoch mit Entschlossenheit angestoßen werden.

## 5. Zusammenfassung

Nachdem insbesondere in den Jahren 2015 und 2016 aufgrund des Krieges in Syrien sehr viele syrische Migranten nach Deutschland kamen, stellt diese Bevölkerungsgruppe mittlerweile die drittgrößte migrantische Bevölkerungsgruppe in Deutschland dar. Da viele von ihnen von Erlebnissen während des Krieges sowie auf der Flucht traumatisiert sind, handelt es sich bei ihnen um eine sehr vulnerable Gruppe, auf deren spezifische Bedürfnisse sich das deutsche Gesundheitssystem schnellstmöglich einstellen sollte, um unnötiges Leid zu vermeiden. Hierfür ist eine Kenntnis der Inhalte und Bedingungen des Krankheitskonzepts syrischer Migranten (insbesondere im Hinblick auf psychische Erkrankungen) unabdingbar.

Die vorliegende Arbeit verfolgte deshalb das Ziel, einerseits das Krankheitskonzept syrischer Migranten inhaltlich zu ergründen und andererseits zu eruieren, über welche spezifischen Vulnerabilitätsfaktoren und Ressourcen diese Bevölkerungsgruppe verfügt, da diese für die Planung und Durchführung einer Behandlung relevant sein können.

Zur Untersuchung der Frage wurden leitfadengestützte Interviews mit 15 syrischen Migranten durchgeführt, transkribiert und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Erkrankungen und das Aufsuchen professioneller Hilfe für deren Behandlung unter syrischen Migranten kulturell bedingt mit einem (je nach Individuum) mehr oder weniger starken Stigma behaftet sind, was die Diagnose dieser Erkrankungen häufig erschweren dürfte, da hierdurch auch oft recht starke Offenlegungsvorbehalte bestehen, die nur gegenüber Personen, zu denen ein großes Vertrauen besteht, abgelegt werden. Des Weiteren weisen die Ergebnisse auf eine zentrale Ressource hin, die nach Möglichkeit in die Behandlung integriert werden sollte (soziale Beziehungen). Schließlich machen die Ergebnisse außerdem deutlich, dass syrische Migranten auch ganz direkte und praktische Hilfe benötigen, um nicht von der ihnen fremden Bürokratie abgeschreckt zu werden und erfolgreich durch sie hindurch navigieren zu können, um die ihnen zustehende Behandlung zu erhalten.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Inhalte des Krankheitskonzepts syrischer Migranten können Ärzten und anderem medizinischen Fachpersonal in der Praxis dazu dienen, sich auf syrische Patienten besser einzustellen und mit ihnen zusammen ein gemeinsames, geteiltes Krankheitskonzept zu konstruieren. Die Kenntnis der für diese Gruppe spezifischen Ressourcen und Vulnerabilitätsfaktoren kann bei der Planung und Durchführung einer Behandlung von großem Nutzen sein. Um zu einer langfristigeren Anpassung des deutschen Gesundheitssystem an die Bedürfnisse von Patienten mit syrischem Migrationshintergrund beizutragen, können die Ergebnisse des Weiteren auch als Grundlage für die Erstellung von Ausbildungsinhalten für medizinisches Fachpersonal herangezogen werden.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 1987.
2. Badawia T, Hamburger F, Hummerich M. Hrsg. Wider die Ethnisierung einer Generation: Beiträge zur qualitativen Migrationsforschung. Berlin: Verlag für Interkulturelle Kommunikation; 2003.
3. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.
4. Basu H. Ethnologische Aspekte der Migration. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 19-25.
5. Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung; 2012.
6. Bottlender R, Hloucal TM, Priebe S. Gemeindepsychiatrische Versorgung von Migranten. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 517-525.
7. Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997. Berlin: Bundesärztekammer, 2018. [zitiert 2020 März 8] Abgerufen von: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf)
8. Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Peltenburg M, Steurer J. Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweizerische Ärztezeitung. 2000; 81: 2776-2780.
9. Demiralay C, Haasen C. Akkulturation. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 63-66.
10. Döring N, Bortz J. Stichprobenziehung. In: Döring N, Bortz J, Hrsg. Forschungsmethoden und Evaluation in den Human- und Sozialwissenschaften. 5. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer; 2016. S. 291-319.

11. Döring N, Bortz J. Datenerhebung. In: Döring N, Bortz J, Hrsg. Forschungsmethoden und Evaluation in den Human- und Sozialwissenschaften. 5. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer; 2016. S. 321-577.
12. Eppenstein T, Kiesel D. Interkulturelle Kompetenz als professionelle Herausforderung in der sozialen Arbeit. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 527-535.
13. Erim Y, Morawa E. Psychotherapie mit Migranten und traumatisierten Geflüchteten. Psychother Psych Med. 2016; 66: 397-409.
14. Falkai P, Wittchen H-U. Hrsg. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2015.
15. Faller H. Persönlichkeit und subjective Krankheitstheorien bei Psychotherapiepatienten. Z Psychosom Med Psychother. 2001; 47: 234-249.
16. Gadenz F, Huber W, Meglic P. Selbsthilfegruppen. In: Falkenbach A, Hrsg. Morbus Bechterew: Beratung, Betreuung, Behandlung. Wien: Springer; 2005. S. 857-869.
17. Gogolin I, Nauck B. Hrsg. Migration, gesellschaftliche Differenzierung und Bildung: Resultate des Forschungsschwerpunktprogramms FABER. Opladen: Leske + Budrich; 2000.
18. Grützmann T, Rose C, Peters T. Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Ethik Med. 2012; 24: 323-334.
19. Gölbol Y. Lebenswelten türkischer Migrantinnen der dritten Einwanderergeneration: Eine qualitative Studie am Beispiel von Bildungsaufsteigerinnen. Herbolzheim: Centaurus-Verlags GmbH & Co. KG; 2007.
20. Hasenbring M. Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. In: Muthny FA, Hrsg. Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin: Springer; 1990. S. 78-87.
21. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
22. Henderson BJ, Maguiere BT. Three lay mental models of disease inheritance. Soc Sci Med. 2000; 50: 293-301.
23. Herwartz-Emden L, Westphal M. Methodische Fragen in interkulturellen Untersuchungen. In: Gogolin I, Nauck B, Hrsg. Migration, gesellschaftliche

- Differenzierung und Bildung. Resultate des Forschungsschwerpunktprogramms FABER. Opladen: Leske + Budrich; 2000. S. 53-76.
24. Hofstede G. National cultures in four dimensions: A research-based theory of cultural differences among nations. *Int Stud Manag Organiz.* 1983; 13: 46-74.
  25. Hofstede G, Bond MH. The Confucius connection: From cultural roots to economic growth. *Organ Dyn.* 1988; 16: 5-21.
  26. Hofstede G. Culture's consequences: International differences in Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med.* 1991; 21: 1029-1045.
  27. Hofstede G. Dimensionalizing culture: The Hofstede mode in context. *Onl Read Psychol Cult.* 2011; 2: Artikel 8.
  28. Hofstede Insights. Country comparison Germany – Syria [Internet]. Helsinki: Hofstede Insights; k. D. [zitiert 2020 Mai 12]. Abgerufen von: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/germany,syria/>
  29. Hohagen F, Klein JP, Stieglitz RD, Bohus M, Caspar F, Fabry G., Berger M. Psychotherapie. In: Berger M, Hrsg. *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie.* 5. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2015. S. 125-201.
  30. Ilkilic I. Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz.* 2008; 51: 857-864.
  31. Jagusch F. *Selbsthilfeorganisationen für seltene Erkrankungen und Gesundheitsversorgung. Gesundheitspolitische Erwartungen und Selbsthelferealität.* Bremen: Universität Bremen; 2013.
  32. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiat.* 1994; 39: 584-595.
  33. Kizilhan JI. Psychologie der Migration. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit.* München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 55-62.
  34. Kizilhan JI. Verhaltenstherapie interkulturell. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit.* München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 414-420.
  35. Kizilhan JI, Salman R. Die Psychologie islamischen Terrors. *Trauma und Gewalt.* 2015; 9: 328-342.

36. Kizilhan JI. Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen. Berlin: VWB Verlag; 2016.
37. Kizilhan JI, Cavelius A. Die Psychologie des IS: Die Logik der Massenmörder. Berlin, München, Wien, Zürich: Europa Verlag; 2016.
38. Koch E, Pfeiffer WM. Migration und transkulturelle Psychiatrie. *Curare*. 2000; 23: 133-139.
39. Lay B, Rössler W. Migrationsströme in den deutschsprachigen Ländern und in Europa. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 93-105.
40. Linden M, Nather J, Wilms HU. Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat*. 1998; 56: 35-43.
41. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S. Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. *Psychother Psych Med*. 2008; 58: 109-122.
42. Machleidt W, Knischewitzki-Bohlken V, Graef-Calliess IT. Transkulturelle Psychiatrie und Behandlung von Migranten. In: Berger M, Hrsg. Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2015. S. 947-969.
43. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz; 2015.
44. Petermann F, Maercker A, Lutz W, Stangier U. Klinische Psychologie – Grundlagen. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2018.
45. Pfeiffer WM. Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1994.
46. Prinz-Kaltenborn, R. Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung: Eine Verlaufsstudie bei schizophren Erkrankten. Zürich: University of Zurich; 2003.
47. Ragab, N., Rahmeier, L. & Siegel, M. (2017). Mapping the Syrian diaspora in Germany. Contributions to peace, reconstruction and potentials for collaboration with German Development Cooperation. [zitiert 2020 Januar 7] <https://www.merit.unu.edu/publications/uploads/1487758705.pdf>

48. Ramsenthaler C. Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse“? In: Schnell M, Schulz C, Kolbe H, Dunger C, Hrsg. Der Patient am Lebensende. Berlin und Heidelberg: Springer; 2013. S. 23-42.
49. Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. Psychol Med. 1991; 21: 1029-1045.
50. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external locus of control of reinforcement. Psychol Monogr. 1966; 80: 1-28.
51. Schaefer U, Bischoff C. Qualitative Analyse subjektiver Krankheitskonzepte. Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie. 2002; 52: 398-407.
52. Schenk L. Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health. 2012; 52: 87-96.
53. Schröder S. Ausländer- und Asylrecht in Deutschland, der Schweiz und Österreich. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 171-180.
54. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1992; 59: 22-33.
55. Sieben A, Straub J. Migration, Kultur und Identität. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. S. 43-53.
56. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schutzsuchende nach Schutzstatus und Berichtsjahren. 2019 Juli 19 [zitiert 2020 Januar 7]. Abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-ersteinreisejahr-schutzstatus.html>
57. Stieglitz RD, Freyberger HJ. Psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung. In: Berger M, Hrsg. Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2015. S. 17-36.
58. Thielscher C, Schulte-Sutrum B. Die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland in den letzten Jahren aus Sicht von Vertretern der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gesundheitswesen. 2014; 78: 8-13.

59. Westra AE, Willems DL, Smit BJ. Communicating with Muslim parents: “The four principles” are not as culturally neutral as suggested. *Eur J Pediatr.* 2009; 168: 2383-2387.
60. Witzel A. Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen. Frankfurt (Main): Campus Forschung; 1994.
61. Worb S, Rother N, Kreienbrink A. Syrische Migranten in Deutschland als bedeutsame neue Bevölkerungsgruppe, aus *Informationsdienst Soziale Indikatoren* 61 (2019); S. 2-6.
62. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Genf: World Health Organization; 1948. [zitiert 2020 Juli 14]. Abgerufen von: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

## Anhang A: Interviewleitfaden

Das Original aus dem Arabischen wurde ins Deutsche übersetzt.

Leitfaden zu Krankheitsverständnis und -bewältigung bei psychisch erkrankten Arabisch sprechenden Flüchtlingen und Asylsuchenden aus Syrien		
<p><b>Einstieg</b> Es gibt die unterschiedlichsten Begriffe für das, worüber wir heute sprechen wollen: Psychische Belastung, psychische Probleme oder auch psychische Erkrankung und viele weitere. Ich werde im Gespräch die Wörter „psychische Erkrankung“ und „psychische Belastung“ benutzen, Sie können für Ihre Antworten das Wort gebrauchen, was für Sie am passendsten ist.</p>		
Thema	Impuls	Aspekt (nur zur Überlegung für den Interviewer, keine Vorgabe!)
<p><b>1- Krankheitskonzept und Kausalitätsvorstellung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie ist es dazu gekommen, dass Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren (oder sie Ihnen empfohlen wurde)?</li> <li>- Was ist für Sie psychisch krank?</li> <li>- Was, glauben Sie, sind die Ursachen Ihrer psychischen Erkrankung?</li> </ul> <p>Oder (wenn Proband sich nicht für psychisch krank hält)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was, glauben Sie, sind Ursachen psychischer Erkrankung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Körperliche Symptome als Hauptbeschwerdebild oder begleitend</li> <li>o Psychische Symptome</li> </ul> </li> <li>- Schuld und Verantwortlichkeit:</li> <li>- mögliche Ursachen: Geistbesitz, Schicksal, Gottes Wille, biologische Faktoren</li> <li>- Lebensumstände: Trauma, Armut, Wohnverhältnisse, Erfahrung mit Kriminalität, fehlende soziale Rolle, z.B. Arbeitslosigkeit</li> <li>- Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bevölkerung allgemein</li> <li>o Erwachsene, die in Kontakt zu psychisch Erkrankten stehen</li> </ul> </li> </ul>

Thema	Impuls	Aspekt (nur zur Überlegung für den Interviewer, keine Vorgabe!)
<p><b>2- Resilienzfaktoren und Bewältigungsstrategien (Coping, Umgang und Hilfe-Suche)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wer oder was hat Ihnen geholfen, Ihre psychische Belastung zu überwinden?  Zuerst informell? Und formell?</li> <li>- Gab es bzw. gibt es immer noch Barrieren, die die formelle Hilfe verhindert? Erzählen Sie mir ein bisschen mehr!</li> <li>- Was machen Sie selber, damit es Ihnen besser geht? Können Sie mir eine Situation schildern?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informelle Hilfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Spirituelle Menschen / Geistliche</li> <li>○ Familie, Freunde</li> <li>○ Beziehung/Ehe</li> <li>○ ehrenamtliche Helfer in Deutschland</li> </ul> </li> <li>- Formelle Hilfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ärzte und deutsches Behandlungssystem</li> <li>○ Hilfsorganisationen</li> </ul> </li> <li>- Barrieren f. Behandlungsteilnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Strukturell: z.B. Behandlung ist nicht verfügbar; Sprachbarrieren; keine Zeit für Behandlung; kein Verkehrsmittel, um zur Behandlung zu kommen usw.</li> <li>○ Einstellung/Wissen als Barriere: z.B. Ich kenne Behandlungsoptionen nicht. Ich denke, Behandlung hilft nicht: niedrige Erwartungshaltung mit der daraus resultierenden sozialen Verletzlichkeit und Isolation</li> <li>○ Stigma als Barriere (Siehe Punkt 3!)</li> </ul> </li> <li>- Selbsthilfe / eigene Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Religion: Quran, Gebet</li> <li>○ Akkulturation</li> <li>○ Bildung</li> <li>○ Hoffnung</li> </ul> </li> </ul>

Thema	Impuls	Aspekt (nur zur Überlegung für den Interviewer, keine Vorgabe!)
<b>3- Offenlegung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wo würden Sie Ihre psychische Belastung/Erkrankung offen darlegen? Gegenüber wem? Und warum machen Sie das so?</li> <li>- Wie fühlt sich das an, wenn Andere über Ihre Behandlung in der Psychiatrie Bescheid wissen? Warum?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z.B. Familie, somatische Behandler, Behörden im Asylverfahren etc.</li> <li>- Reaktionen der Anderen auf Offenlegung Stigma: z.B. Andere, u.a. Familie werden mich verachten oder mich meiden, wenn ich psych. Behandlung suche. Ich werde mich schämen, wenn ich Behandlung suche. Es gibt keine Vertraulichkeit, z.B. die Information über meine Behandlung wird bekannt werden.</li> <li>- Vor- und Nachteile Offenlegung, Vor- und Nachteile der Geheimhaltung pro Setting: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aufenthaltstitel</li> <li>o Unterstützung/ Diskriminierung durch Andere</li> <li>o Finanzielle Hilfe</li> </ul> </li> </ul>
<b>4- Möglichkeiten der Unterstützung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was könnte einem Asylsuchenden bei der Entscheidung über Hilfesuche helfen? Und wie soll die informelle Hilfe sein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilfe aus/durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>o dem dt. Gesundheitssystem: Dolmetscher/ Aufklärung/ Zeit</li> <li>o dem dt. Laiensystem (Helferkreise etc.) Behörden eigene Familie die große Gruppe anderer Menschen aus dem Herkunftsland (z.B. Syrer für Syrer o.ä.) Religion / Geistliche</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Abschluss</b> Jetzt haben wir schon sehr viele interessante und wichtige Hinweise erhalten und sind Ihnen schon jetzt sehr dankbar für Ihre Unterstützung bei unserer Arbeit! Haben Sie noch Themen, die Sie wichtig finden und mir noch erzählen möchten?</p> <p><i>Wenn nein:</i> Dann möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an dem Gespräch teilgenommen haben.</p>		

## Anhang B: Soziodemografischer und klinischer Fragebogen

Das Original aus dem Arabischen wurde ins Deutsche übersetzt.

<p><b>1. Ihr Geschlecht</b></p> <p><input type="checkbox"/> männlich    <input type="checkbox"/> weiblich    <input type="checkbox"/> anderes</p>
<p><b>2. Ihr Alter</b></p> <p>___ Jahre</p>
<p><b>3. Familienstand</b></p> <p><input type="checkbox"/> ledig    <input type="checkbox"/> Partnerschaft    <input type="checkbox"/> verheiratet    <input type="checkbox"/> getrennt    <input type="checkbox"/> geschieden    <input type="checkbox"/> verwitwet</p>
<p><b>4. Kinder</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____    <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>5. Anzahl der Jahre in Schule und Ausbildung/Studium insgesamt</b> (beginnend mit 1. Klasse Grundschule)</p> <p>_____ Jahre</p>
<p><b>6. Aus welchem Land kommen Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Irak    <input type="checkbox"/> Syrien</p>
<p><b>7. Seit wann leben Sie in Deutschland?</b></p> <p>_____ Monat _____ Jahr</p>
<p><b>8. Sind Sie alleine nach Deutschland gekommen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein, zusammen mit <input type="checkbox"/> Familie</p> <p style="padding-left: 300px;"><input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte aus Heimatland</p> <p style="padding-left: 300px;"><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>
<p><b>9. Verlust von Eltern, Kindern oder Geschwistern?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, im Heimatland    <input type="checkbox"/> Ja, auf der Flucht</p> <p style="padding-left: 40px;">Wer? _____    Wer? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>10. Hatten Sie unmittelbare Kriegserlebnisse?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>

**11. Hatten Sie im Heimatland Foltererlebnisse?**

- Ja                       Nein

**12. Wie ist Ihr aktueller aufenthaltsrechtlicher Status?**

- asylsuchend, Asylverfahren noch nicht abgeschlossen
- Anerkannter Asylbewerber
- Duldung nach Ablehnung des Asylantrages
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**13. Wo wohnen Sie?**

- Asylbewerberunterkunft
- Privatwohnung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**14. Wie ist Ihre derzeitige Arbeitssituation?** (bitte ankreuzen; mehrere Kreuze möglich)

- Vollzeit (bezahlte Tätigkeit)
- Teilzeit (bezahlte Tätigkeit)
- Selbständig
- unbezahlt / ehrenamtlich
- arbeitssuchend / arbeitslos
- berentet
- Hausfrau / Hausmann
- Student / Lehre / Ausbildung
- krank / krankgeschrieben (AU)
- Anderes \_\_\_\_\_

**15. Beginn der psychischen Erkrankung?**

Jahr \_\_\_\_\_

**16. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle psychische Gesundheit ein?** Bitte Zahl einkreisen:

Ich bin psychisch völlig gesund	Ich bin psychisch schwer krank
1            2            3            4            5            6            7            8            9	

**17. Waren Sie jemals in psychiatrischer Behandlung eines Krankenhauses?**

Nein       Ja, wann? \_\_\_\_\_

und in welcher Form?

**Vollstationär**    **teilstationär**    **Tagesklinik**  
(Mehrfachantworten möglich)

Haben Sie Medikamente bekommen? Wenn ja, welche?

Nein       Ja, \_\_\_\_\_(Name/n)

**18. Waren Sie in der Vergangenheit in ambulanter psychiatrischer Behandlung?**

Nein

Ja, von \_\_\_\_\_(Monat/Jahr) bis \_\_\_\_\_(Monat/Jahr)

und in welcher Form?    Psychiater    Neurologe    Hausarzt  
 psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses  
(Mehrfachantworten möglich)

Haben Sie Medikamente bekommen? Wenn ja, welche?

Nein       Ja, \_\_\_\_\_(Name/n)

**18. Sind Sie aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung?**

Nein

Ja, seit \_\_\_\_\_(Monat/Jahr)

und in welcher Form?    Psychiater    Neurologe    Hausarzt  
 psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses  
(Mehrfachantworten möglich)

Haben Sie Medikamente bekommen? Wenn ja, welche?

Nein       Ja, \_\_\_\_\_(Name/n)

**19. Nehmen Sie jetzt Medikamente? Wenn ja, welche?**

Nein       Ja, \_\_\_\_\_(Name/n)

**20. Sind oder waren Sie in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung?**

Ja, in der Vergangenheit von \_\_\_\_\_(Monat/Jahr) bis \_\_\_\_\_(Monat/Jahr)

Ja, aktuell seit \_\_\_\_\_(Monat/Jahr)

Nein

## Anhang C: Kodierleitfaden

Lfd. Nr.	(Unter-)Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
1.	Krankheitskonzept	-	-	-
1.1	Bedingungen von psychischer Krankheit und Gesundheit	Aussagen, die beschreiben, was, bzw. welche Bedingungen für einen Probanden subjektiv Gesundheit oder Krankheit konstituiert / konstituieren.	Es wird explizit darauf Bezug genommen, wodurch ein Zustand von Gesundheit / Krankheit sich auszeichnet, bzw. welche Bedingungen dafür erfüllt sein müssen.	„Wenn man im Körper nichts findet und trotzdem geht es einem schlecht, zumindest bei mir so.“ (P01, Z. 22).
1.2	Krankheitsursachen	Aussagen, die sich auf die objektiven oder subjektiv wahrgenommenen Ursachen für die Erkrankung des Probanden beziehen.	Es wird ein konkreter Faktor angesprochen, der als Ursache für die Erkrankung betrachtet wird, oder der sich aufgrund einer Diagnose objektiv als Ursache erwiesen hat.	„Die Person, die meine Familie getötet hat, ist die Ursache meiner Störung.“ (P01, Z. 30-31).
1.3	Beschreibung und Interpretation der Symptome und Symptomausprägungen	Aussagen, die Symptome oder Symptomausprägungen entweder beschreiben / charakterisieren oder zusätzlich auch bewerten (nicht bloß beschreiben)	Es wird auf ein Symptom oder eine Symptomausprägung Bezug genommen und dieses wird beschrieben. Ggfs. wird dabei eine explizite Bewertung der Symptomatik vorgenommen.	„Ich war traurig, gereizt und sensibel. Ich hatte Zwangsgedanken und war sehr vorsichtig. Es war alles leer und ich hatte Stimmungsschwankungen sowie Angst davor eine Entscheidung zu treffen.“ (P06, Z. 108-110).
1.4	Subjektive Bedrohlichkeit der und subjektiv wahrgenommener Sinn der Erkrankung	Aussagen, die beschreiben, als wie bedrohlich ein Proband seine Erkrankung subjektiv empfindet, oder mit denen eine Sinnzuschreibung (oder umgekehrt eine Sinnnegierung) im Hinblick auf die Erkrankung vorgenommen wird.	Es wird auf Sorgen, Ängste und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Erkrankung Bezug genommen (Bedrohung) oder es findet eine explizite Sinnzuschreibung (oder Sinnnegierung) statt. Ggfs. wird diese inhaltlich noch weiter ausgeführt.	„Aber alles, was uns auf der Erde passiert, ist von Gott bestimmt (Alhamdulillah)“ (P14, Z. 46).

Lfd. Nr.	(Unter-)Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
1.5	Subjektive Vorstellungen zu Behandl- und Kontrollierbarkeit	Aussagen, die sich auf prinzipielle Möglichkeiten der Behandlung und Kontrolle einer Erkrankung beziehen (oder diese negieren) sowie darauf, wer ggfs. eine Behandlung vornehmen sollte.	Es wird beschrieben, wie eine Erkrankung behandelt oder kontrolliert werden könnte (und ggfs. durch wen) oder es werden Aussagen getroffen, die eine Behandl- oder Kontrollierbarkeit ausschließen.	„Ich habe Ihnen gesagt, ich schaffe es alleine. Ich brauche keine Psychiater“ (P04, Z. 130).
2.	Ressourcen	-	-	-
2.1	Soziale Unterstützung	Aussagen, die sich auf die Rolle emotionaler, praktischer oder informationaler Unterstützung beim Umgang mit und der Bewältigung der Erkrankung durch andere Menschen beziehen.	Es wird ausgedrückt, dass bestimmte soziale Beziehungen zu einer Entlastung oder Reduktion der Symptomausprägung führen und ggfs. wie (emotional, praktisch, informational) diese Entlastung zustande kommt.	„Mein Bruder kam nach, er hat mich unterstützt. Auch meine Freundin und Frau Mayer (ehrenamtliche Betreuerin)“ (P11, Z. 76-77).
2.2	Positive Emotionen und Optimismus	Aussagen, die sich auf die Rolle positiver (oder negativer) Emotionen beim Umgang mit und der Bewältigung der Erkrankung beziehen.	Es werden Erlebnisse oder Aktivitäten beschrieben, die positive Emotionen erzeugen oder es wird explizit auf positive Emotionen Bezug genommen. Zusätzlich wird behauptet, dass diese zu einer Entlastung oder Reduktion der Symptomausprägung führen.	„Auch Ziel und Hoffnung vor Augen zu haben, erleichtert die Last. Mein Vater wollte schon immer, dass ich Arzt werde. Ich weiß, dass dieses Ziel nicht erreichbar ist, aber zumindest ein Schulabschluss. Träumen um zu leben.“ (P05, Z. 114-117).
2.3	Bewältigungsstrategien	Aussagen, die sich auf Tätigkeiten oder Verhaltensweisen beziehen, die ein Proband dann ergreift, wenn die Symptome besonders stark ausgeprägt sind.	Es werden konkrete Verhaltensweisen beschrieben und gleichzeitig behauptet, dass diese zu einer Entlastung oder Reduktion der Symptomatik führen.	„Ich gehe aus dem Haus, suche mir einen See oder Fluss und sitze dort. Manchmal schreibe ich oder lese ich Gedichtsstücke und manchmal weine ich einfach. Ich entspanne mich und rauche vielleicht eine oder zwei Zigaretten. Ich trinke Alkohol, aber nicht viel, vielleicht ein bis zwei Bier“ (P01, Z. 119-122).

Lfd. Nr.	(Unter-)Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
2.4	Religiosität	Aussagen, die sich auf die Rolle von religiös motivierten Verhaltensweisen (z. B. Gebet, Koran lesen), durch Religiosität entstandene Emotionen und Kognitionen oder religiöse Einstellungen beim Umgang mit und der Bewältigung der Erkrankung beziehen.	Es wird explizit auf Religiosität und ihre Rolle beim Umgang mit der Erkrankung Bezug genommen, oder es werden entsprechende Verhaltensweisen, Emotionen, Erlebnisse usw. genannt und gleichzeitig beschrieben, ob und wie diese zur Entlastung oder zur Reduktion der Symptomausprägung beitragen.	„Beten und Koran lesen helfen mir ein wenig „(P14, Z. 57).
2.5	Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl	Aussagen, die sich auf Umstände, Verhaltensweisen, Einstellungen usw. beziehen, durch welche sich der Proband beim Umgang mit seiner Erkrankung selbstwirksam und / oder selbstbewusst erlebt.	Es wird explizit beschrieben, wie bestimmte Umstände, Verhaltensweisen usw. zu einem höheren Selbstwertgefühl bzw. einer höheren Selbstwirksamkeit beiträgt und on und wie diese zu einer Entlastung führen.	„Die Arbeit, ganz klar. Das gibt mir Selbstbewusstsein. Jetzt arbeite ich Vollzeit als Elektriker“ (P03, Z. 148).
2.6	Strukturelle Ressourcen	Aussagen, die sich auf außerhalb des Probanden liegende Umstände oder Bedingungen beziehen, die ihn beim Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen.	Es werden externe Bedingungen und Umstände beschrieben, die subjektiv zu einer Entlastung oder Reduktion der Symptomausprägung beitragen.	„Aufklärungsprogramme sind sehr wichtig, weil man die psychischen Probleme nicht unterschätzen darf, damit sie nicht noch schlimmer werden. Diese Aufklärungsgespräche können z. B. durch internationale Hilfsorganisationen organisiert werden.“ (P11, Z. 127-129).

Lfd. Nr.	(Unter-)Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
3.	Vulnerabilitätsfaktoren	-	-	-
3.1	Verlusterfahrungen	Aussagen, die sich auf den Einfluss des Verlusts von Kontakt zu Familie und Freunden beziehen, bzw. auf den Verlust dieser Beziehungen an sich. Dies muss im Kontext des Umgangs mit der Erkrankung erfolgen, nicht im Kontext ihrer Entstehung.	Es wird beschrieben, wie der Kontakt- oder Beziehungsverlust eine bereits bestehende Symptomatik beeinflusst hat.	„Ich hatte Schuldgefühle, weil ich meine Eltern in Syrien alleine gelassen habe. Man sagt, Schicksal Gottes, aber in dem Fall nicht, denn nachdem der Terror in unserem Land zunahm, habe ich um meine Familie Angst gehabt. Ich war gezwungen, das Land zu verlassen. Bis jetzt vermeide ich es mit meinen Eltern zu telefonieren. Ich höre sie, wenn meine Frau mit ihnen telefoniert. Ich lebe hier in Frieden, Wärme und Sicherheit. Sie dagegen haben dort nicht mal Trinkwasser. Wenn es dazu kommt, mit den Beiden zu sprechen, dann fange ich nicht damit an, wie es ihnen geht, sondern „Habt ihr Heizöl? Habt ihr Wasser? Schaut nach Brennholz!“. Damals, als ich noch in Syrien war, habe ich alles für sie organisiert, mein Bruder und ich, er ist aber auch geflüchtet, schon vor mir. Mein Vater und meine Mutter sind alt und jetzt alleine“ (P03, Z. 43-52).
3.2	Soziale Ablehnung, soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung	Aussagen, die sich auf den Einfluss von Erlebnissen soziale Ablehnung und Isolation beziehen. Dies muss im Kontext des Umgangs mit der Erkrankung erfolgen, nicht im Kontext ihrer Entstehung.	Es wird beschrieben, wie soziale Ablehnung oder soziale Isolation eine bereits bestehende Symptomatik beeinflusst haben.	„Die Deutschen denken vielleicht nicht daran. Sie denken nicht, dass dieser Flüchtling ein Leben hatte. Er hatte eine Zukunft. Wie sie mit den Flüchtlingen umgehen, führt oft zur Frustration. Sie unterstützen die Flüchtlinge nicht im Sinne der Beschäftigung nach ihrer Ankunft“ (P03, Z. 71-74).

Lfd. Nr.	(Unter-)Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
3.3	Umgebungsbedingungen und strukturelle Bedingungen	Aussagen, die sich auf den Einfluss externer Bedingungen und Umstände beziehen. Dies muss im Kontext des Umgangs mit der Erkrankung erfolgen, nicht im Kontext ihrer Entstehung.	Es wird beschrieben, wie externe Bedingungen und Umstände eine bereits bestehende Symptomatik beeinflusst haben.	„Ich saß ein Jahr lang und habe auf die gerichtliche Entscheidung meines Asylverfahrens gewartet, das alles nur für den Termin zur Erstvorstellung“ (P03, Z. 57-59).
4.	Offenlegungsvorbehalte	-	-	-
4.1	Rollenkonflikte und soziale Vorbehalte	Aussagen, die sich auf die Bedeutung widerstreitender Interessen, Bedürfnisse usw., sowie auf sozial motivierte Vorbehalte für den Willen und die Fähigkeit des Probanden beziehen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen.	Es wird beschrieben, wie Konflikte aufgrund sozialer Rollen und ihrer widerstreitenden Bedürfnisse, Interessen usw., bzw. soziale Vorbehalte und Bedingungen den Willen und die Fähigkeit des Probanden beeinflussen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen.	„Ich schäme mich und habe Angst, dass mir die Kinder weggenommen werden, vom Jugendamt. Die Beamten dort würden denken, ich bin nicht in der Lage, meine Kinder zu erziehen. Sie nehmen mir meine Kinder weg“ (P02, Z. 74-76).
4.2	Religiöse und kulturelle Vorbehalte	Aussagen, die sich auf die Bedeutung religiöser oder kultureller Bedingungen, Bräuche, Gewohnheiten usw. für den Willen und die Fähigkeit des Probanden beziehen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen.	Es wird beschrieben, wie religiöse oder kulturelle Bedingungen, Bräuche, Gewohnheiten usw. den Willen und die Fähigkeit des Probanden beeinflussen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen.	„Daheim hat Psychiatrie eine andere Bedeutung, z. B. verrückt sein, also jemand ohne Gehirn (Metapher für jemanden, der die Kontrolle über seine Handlungen verliert). Diese Denkweise habe ich aber nicht. Dort wird die Psychiatrie kulturell nicht akzeptiert“ (P09, Z. 39-42).
4.3	Krankheitsbezogene Vorbehalte	Aussagen, die sich auf Bedingungen und Eigenschaften der Krankheit selbst beziehen, welche den Willen und die Fähigkeit des Probanden beziehen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen.	Es wird beschrieben, wie spezifische Bedingungen oder Eigenschaften der Krankheit an sich den Willen und die Fähigkeit des Probanden beeinflussen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen.	„Wenn man feststellt, dass was ich habe, ist psychisch bedingt, würde ich selber zum Psychiater gehen und wer über mich lästern will, kann dann lästern. Das interessiert mich nicht. Nur die Wörter Epilepsie, Krampfanfall oder Epileptiker, das dürfen die anderen nicht sagen (Probandin hebt den Zeigefinger)“ (P04, Z. 133-137).

Lfd. Nr.	(Unter-)Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
4.4	Die Offenlegung begünstigende Faktoren	Aussagen, die sich auf Bedingungen und Umstände beziehen, die den Willen und die Fähigkeit des Probanden beziehen, seine Erkrankung vor anderen offenzulegen, positiv beeinflussen.	Es werden Bedingungen und Umstände beschrieben, die den Willen und die Fähigkeit des Probanden seine Erkrankung vor anderen offenzulegen, positiv beeinflussen.	„Nur meiner Familie, damit sie mir bei Entscheidungsfindungen hilft, wenn ich depressiv bin, denn in der Depression bin ich nicht in der Lage, Entscheidungen zu treffen, auch über Kleinigkeiten nicht“ (P11, Z. 102-104).

## Anhang D: Auswertungsmatrix

Detaillierte Ergebnisse aus den Interviews syrischer Flüchtlinge werden hier nach Endfassung des Kategoriensystems für die Inhaltsanalyse sortiert (Abbildung 6) und in Tabellen dargelegt.

### Hauptkategorie 1: Krankheitskonzept

#### Hauptkategorie 1, Unterkategorie 1: Bedingungen von psychischer Krankheit und Gesundheit und generelle Krankheitskonzepte (*Bedingungen*)

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	22	<i>Wenn man im Körper nichts findet und trotzdem geht es einem schlecht, zumindest bei mir so.</i>	Psychisch krank ist man, wenn sich keine körperlichen Ursachen für Symptome feststellen lassen.	Psychisch krank ist man, wenn sich keine körperlichen Ursachen für Symptome feststellen lassen.	Es ergibt sich hier ein eher zweigeteiltes Bild: Entweder, Probanden betrachten psychische Erkrankung als Verrücktheit, oder der Proband hat ein differenzierteres Bild, in dem psychische Krankheit unterschiedliche Erscheinungsformen haben kann (z. B. mentale Erschöpfung, Suizidalität, unlogisches Denken) bzw. auch eine Behandlung als sinnvoll und möglich betrachtet wird. Zumindest in einigen Fällen schein dies bedingt
2	P05	92-93	<i>Psychisch krank ist bei uns „verrückt sein“, also ein Mensch mit komischen Gedanken und Handlungen.</i>	-	Psychisch krank zu sein, heißt, verrückt zu sein.	
3	P08	55-57	<i>Keine Ahnung, wirklich nicht. Ich denke, dass Psychiatrie mit Beruhigungsmitteln zu tun hat, wenn jemand gereizt oder verärgert ist. Mehr als das weiß ich nicht, ich habe Psychiatrie noch nie praktiziert (Proband lacht).</i>	Ich weiß nicht, was psychisch krank bedeutet, denke aber, dass es bedeutet, dass jemand psychiatrisch behandelt wird und Beruhigungsmittel bekommt, wenn er gereizt oder verärgert ist. Mehr als das weiß ich nicht.	Der Proband gibt an, nicht zu wissen, was es bedeutet, psychisch krank zu sein.	
4	P10	50-51	<i>Bei uns in Aleppo gibt es einen Psychiater (Dr. Sultan). Man geht zu ihm, wenn man verrückt ist. Das ist Psychiatrie.</i>	-	Der Proband ist der Auffassung, dass man zu einem Psychiater geht, wenn man verrückt ist.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
5	P11	60-64	<i>Ich denke, Psychiatrie besteht nur aus Medikamenten. Es ist äußerst schwierig, die Psyche zu behandeln, wenn diese bereits zerstört ist. Es ist nicht wie ein Armbruch, den man durch Gipsen heilen kann. Manchmal hilft das Gespräch mit einem erfahrenen Arzt. Die Definition einer psychiatrischen Erkrankung ist das, was ich jetzt habe, das unlogische Denken mit den Selbstzweifeln.</i>	Ich denke, Psychiatrie besteht nur aus Medikamenten. Eine bereits zerstörte Psyche zu behandeln, ist äußerst schwierig, denn das ist nicht wie ein Armbruch. Manchmal hilft ein Gespräch mit einem erfahrenen Arzt. Ich definiere eine psychiatrische Erkrankung als unlogisches Denken mit Selbstzweifeln.	Der Proband ist der Auffassung, dass es sehr schwierig ist, eine psychische Erkrankung zu behandeln und betrachtet psychische Erkrankungen als unlogisches Denken mit Selbstzweifeln.	zu sein durch vorherigen Kontakt mit Psychiatrie. Ein kleinerer Teil der Probanden gibt an, überhaupt kein Konzept von Krankheit zu haben (oder möchten keine Angaben hierzu machen).
6	P12	17-23	<i>Das Lesen über die Psychiatrie hat mich aber verändert. Jeder Mensch und auch wenn dieser erst mal als psychisch gesund gilt, hat psychische Probleme. Aber wenn der psychische Zustand so dermaßen schlecht wird, dass dieser Mensch ständig Alpträume bekommt, z.B. wie er vom Regime zum Wehrdienst gezwungen bzw. gefoltert oder sogar getötet wird, und dadurch sehr ängstlich und verzweifelt wird, dass er nur noch den Suizid als einzige Lösung sieht. Spätestens dann kann man von psychisch krank bzw. Psychiatrie sprechen</i>	Das Lesen über Psychiatrie hat mich verändert. Selbst Menschen, die als psychisch gesund gelten können, haben psychische Probleme. Man kann spätestens dann von „psychisch krank“ bzw. von „Psychiatrie“ sprechen, wenn ein Mensch so ängstlich und verzweifelt wird, dass er den Suizid als einzige Lösung sieht.	Der Proband ist der Ansicht, dass auch psychisch weitestgehend gesunde Menschen psychische Probleme haben und man spätestens bei Eintritt von Suizidalität von psychischer Krankheit sprechen könne.	
7	P12	69-70	<i>Wie gesagt, jeder Mensch kann psychisch erkrankt sein. Wenn die psychische Krankheit aber das eigene Leben beeinflusst, gehört sie behandelt.</i>	-	Der Proband ist der Ansicht, dass eine psychische Krankheit, die das Leben beeinflusst, behandelt werden muss.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8	P13	85-88	<i>Naja, ich denke, der Verrückte ist von einem Geist besessen und er ist deswegen nicht der Herr seiner Handlungen, sondern der Geist (Jeannie) manipuliert ihn. Gespaltene Persönlichkeit bedeutet, ich habe zwei Persönlichkeiten (kleine Pause) – Klient ergänzt: Ich weiß es nicht genau.</i>	Ich denke, ein Verrückter ist von einem Geist besessen und wird von ihm manipuliert und ist deshalb nicht Herr seiner Handlungen. Gespaltene Persönlichkeit bedeutet, ich habe zwei Persönlichkeiten, glaube ich.	Der Proband interpretiert „Verrücktheit“ als Besessenheit von einem Geist, der die Handlungen des Besessenen manipuliert.	
9	P14	15	<i>Ich verstehe das Thema „psychisch krank“ nicht wirklich.</i>	-	Der Proband hat kein echtes Konzept von psychischer Krankheit.	
10	P15	65-68	<i>Ich habe generell keine schlechten Ideen über die Psychiatrie. Das ist genauso Medizin, wie alle anderen Fächer. In Syrien hatten wir als Schüler eine Abteilung in der Schule, die man mit psychischer Beratung bezeichnete. Der Vertrauenslehrer hat uns darüber viel beigebracht.</i>	Ich habe grundsätzlich keine Vorurteile gegen Psychiatrie, sie gehört ebenso zur Medizin wie die anderen Fächer. In der Schule gab es eine psychische Beratung, der Vertrauenslehrer hat uns viel über Psychiatrie beigebracht.	Der Proband gibt an, keine Vorurteile gegen Psychiatrie zu haben.	
11	P15	64-66	<i>Die körperliche und mentale Erschöpfung, die Auffassungs-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme verursacht. Zum Beispiel, wenn jetzt meine Mutter mich zum Einkaufen schickt, vergesse ich die Hälfte von dem was sie braucht, weil ich nicht aufpasse.</i>	Psychische Krankheit bedeutet körperliche und mentale Erschöpfung, welche Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme verursacht.	Der Proband fasst psychische Krankheit als körperliche und mentale Erschöpfung auf.	
12	P15	92-93	<i>Verrückt bedeutet, man hat die Kontrolle über sein Verhalten nicht, man hat sein Gehirn verloren.</i>	-	Für den Probanden bedeutet verrückt zu sein, die Kontrolle über sein Verhalten zu verlieren.	

**Hauptkategorie 1, Unterkategorie 2: Krankheitsursachen (Krankheitsursachen)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	28	<i>Der Verlust von Familienangehörigen ist die Hauptursache meiner psychischen Erkrankung.</i>	-	Verlust von Familienangehörigen ist Hauptursache.	Wenig überraschend sind es insbesondere traumatische Erfahrungen wie der Tod von Familienmitgliedern oder Kriegserfahrungen, welche die Probanden selbst als Ursachen für ihre Erkrankungen identifizieren. Über diese, im Zusammenhang mit den Zuständen im Herkunftsland und den Umständen der Flucht betreffenden Bedingungen hinaus, werden aber auch schwierige Lebensumstände in Deutschland als Ursachen angeführt. Nur in wenigen Fällen werden somatische Ursachen angeführt, bzw. wird bestritten, dass die Erkrankung primär psychische Ursachen hat.
2	P01	30-31	<i>Die Person, die meine Familie getötet hat, ist die Ursache meiner Störung.</i>	-	Mörder der Familie ist für die Störung verantwortlich	
4	P02	18-21	<i>Damals habe ich mitbekommen, dass meine zwei Brüder (19 und 20 Jahre alt) durch einen Flugangriff ums Leben gekommen sind. Ich habe mir aufgrund des schrecklichen Ereignisses ein Küchenmesser in den Bauch rammen wollen.</i>	Ich habe damals gehört, dass meine beiden Brüder ums Leben gekommen sind und wollte mir wegen dieses schrecklichen Ereignisses ein Messer in den Bauch rammen.	Der Tod der beiden Brüder war eine Mitursache für die psychische Erkrankung der Probandin	
5	P02	26-31	<i>Ich habe damals viel nachdenken müssen und bekam Kopfweh. Das sind wahrscheinlich die Ursachen meiner psychischen Erkrankung, denn das zweite Mal, als ich im Krankenhaus war, war auch nicht viel anders. Hier habe ich mitbekommen, dass in unserer Region ein Bombenangriff stattgefunden hat; 120 Leute sind dadurch gestorben, viele davon Kinder. Ich habe gedacht, meine 13 übrigen kleinen Geschwister sind jetzt auch tot. Daraufhin habe ich unsere Wohnung hier zerstört. Man denkt über die Familie nach und wird krank.</i>	Ich habe wegen des Todes meiner Brüder viel nachdenken müssen und bekam Kopfweh, das ist wahrscheinlich die Ursache meiner psychischen Erkrankung. Das zweite Mal hatte ich befürchtet, dass auch meine 13 übrigen Geschwister ums Leben gekommen sind und habe unsere Wohnung zerstört. Man denkt über die Familie nach und wird krank.	Die Probandin vermutet, dass die Sorge darum, dass auch die übrigen Geschwister im Heimatland ums Leben gekommen sein könnten, eine weitere Ursache für ihre psychische Erkrankung ist.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
6	P03	206-215	<i>Ja, die Folter in syrischen Gefängnissen, die ich erst in der Türkei auf YouTube und andere soziale Medien gesehen habe, weil in Syrien online alles gesperrt war, hat mich damals psychisch beeinträchtigt. Auch bevor ich geflüchtet bin, habe ich dort brutale Sachen erlebt, so kam der Armee von der Opposition (Alnasra Miliz) in meine Wohnung und habe meine Frau vor meinen Augen vergewaltigt, während ich in der Ecke stand und zuschauen musste. Sie haben meinen damals 15-jährigen Sohn gefilmt, er musste ein Geständnis abgeben, dass er schwul ist. Mit diesem Film haben sie ihm gedroht. Entweder er wird einer von diesen Soldaten oder sie werden das Video ins Netz stellen. Aufgrund von Stammesangelegenheiten, Traditionen und Bräuche „meine Frau ist eine Schande für ihre Familie“, wollten ihre Brüder sie töten, zumindest angedeutet, obwohl sie eigentlich keine Schuld trug.</i>	Die Folter in syrischen Gefängnissen, die ich auf YouTube gesehen habe, hat mich damals psychisch beeinträchtigt. Auch davor schon habe ich brutale Dinge erlebt, wie die Vergewaltigung meiner Frau oder die Erpressung und angedrohte Zwangsrekrutierung meines Sohnes. Aufgrund kultureller Vorstellungen wollten die Brüder meiner Frau sie nach der Vergewaltigung töten, obwohl sie keine Schuld trug.	(Indirekter) Zeuge von Folter, Vergewaltigung, Erpressung und angedrohtem Mord gewesen zu sein, hat den Probanden psychisch belastet.	
7	P04	16-18	<i>Das erste Mal war, als mein Sohn mit 20 Jahren an einer Krebserkrankung der Rachenmandeln verstarb, glaube ich. Damals bin ich umgefallen, für ca. 15 Minuten bewusstlos gewesen, wahrscheinlich vom psychischen Druck und zunehmender Traurigkeit.</i>	Die Symptome zeigten sich zum ersten Mal, als mein Sohn mit 20 Jahren an Krebs verstarb. Ich wurde für 15 Minuten bewusstlos, wahrscheinlich vom psychischen Druck und zunehmender Traurigkeit.	Die Probandin macht eine Bewusstlosigkeit als Folge von psychischem Druck und Traurigkeit nach dem krebsbedingten Tod ihres Sohnes für ihre Erkrankung verantwortlich.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8	P04	19-33	<p><i>Nachdem wir einen Monat nach Beginn des Krieges aus unserer Wohnung verdrängt wurden und viele Bombenangriffe in der neuen Wohnung miterlebten, bekam ich große Angst. In der Zeit, also zwei Jahre später nach dem Tod meines ersten Kindes, verlor ich mein zweites Kind. Bei der Geburt hieß es, es war in meinem Bauch schon tot. Ein Bombenangriff nach dem anderen, einmal hat die Bombe unser Treppenhaus zerstört und wir sahen die Betonsteine in unserer Wohnung verstreut. Ich kann mich erinnern, erst nach dem dritten Bombenangriff bekam ich diesen Zustand zum zweiten Mal. Hier war ich auch bewusstlos, der Nervenarzt diagnostizierte den Beginn eines sehr einfachen Herdanfalls, weil ich nur im Bereich des rechten Armes und der linken Gesichtshälfte gezuckt habe und sonst nichts, wobei hier wird mein linkes Auge etwas größer (Proband bagatellisiert sein Leiden durch Wörter wie: „sehr einfach“, „nur“, „sonst nichts“ etc.). Ich bekam Medikamente und war ein Jahr lang anfallsfrei und ohne Probleme. In dieser Zeit war mein Ehemann nicht mehr da, er ist geflüchtet. Ich bin mit meinen drei übrigen Kindern in derselben Wohnung geblieben. Mein Arzt hat dann vorgeschlagen, das Medikament schrittweise zu</i></p>	<p>Ich bekam große Angst, nachdem wir umzogen und in der neuen Wohnung viele Bombenangriffe miterlebten. Zwei Jahre nach dem Tod meines ersten Kindes verlor ich mein zweites Kind, es war eine Totgeburt. Ich wurde aber erst nach dem dritten Bombenangriff ein weiteres Mal bewusstlos. Der Arzt diagnostizierte einen einfachen Herdanfall. Ich bekam Medikamente und war ein Jahr lang beschwerdefrei. Am Ende schlug mein Arzt vor, das Medikament zuerst zu reduzieren und dann ganz abzusetzen, woraufhin ein erneuter Anfall auftrat.</p>	<p>Der zweite Anfall von Bewusstlosigkeit trat bei der Probandin nach einem Bombenangriff auf. Danach wurden ihr Medikamente verschrieben, die aber später wieder abgesetzt wurden, was zur Rückkehr der Anfälle führte.</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<i>reduzieren und am Ende abzusetzen. Ein erneuter Anfall trat dann auf.</i>			
9	P05	15-21	<i>Damals hatte ich viele Probleme. Immer wenn es zu viel wurde, bin ich ins Koma gefallen. Ich war bewusstlos. Davor bekam ich das Gefühl, ich werde gleich sterben, meine Seele wird gleich meinen Körper verlassen. Meine Hände werden kalt, ich schwitze stark und am Ende lande ich auf dem Boden. Danach weiß ich nicht, wer mich unterstützt und ins Krankenhaus bringt. Das ist mir insgesamt fünfmal passiert und so bin ich auch in der Psychiatrie behandelt worden. Zusätzlich war ich zweimal in der Psychiatrie, nachdem ich mich selbst verletzt habe, an den Armen.</i>	Immer, wenn die Probleme zu viel wurden, wurde ich bewusstlos. Davor bekomme ich das Gefühl, gleich zu sterben, dass meine Seele gleich den Körper verlässt. Meine Hände werden kalt, ich schwitze stark und falle dann zu Boden. Ich weiß nicht, wer mir dann hilft. Das ist mir fünfmal passiert, weshalb ich einmal psychiatrisch behandelt wurde. Zwei weitere Male war ich in der Psychiatrie, nachdem ich mich an den Armen selbst verletzt hatte.	Dem Probanden zufolge wurde er immer dann ohnmächtig, wenn die Probleme zu viel wurden. Er wurde deshalb psychiatrisch behandelt, aber auch wegen selbstverletzendem Verhalten.	
10	P05	46-47	<i>Dass keiner sich um mich kümmert, also die Einsamkeit. Das Gefühl, niemanden interessiert es, wie es mir wirklich geht.</i>	-	Der Proband sieht mangelnde soziale Betreuung bzw. Einsamkeit und fehlendes Interesse an ihm und seinem Schicksal als ursächlich für seine Erkrankung.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
11	P06	110-118	<p><i>Die Ursachen der psychischen Erkrankung sind:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Der Verlust des Vertrauens an die Menschheit.</i></li> <li><i>2. Die Lebensumstände, früher und jetzt: Bei mir war auch der Stress der Familienzusammenführung ein Grund.</i></li> <li><i>3. Auch die biologischen Faktoren spielen eine Rolle, so z. B. die unerwünschten Nebenwirkungen von Lamotrigin und jetzt Levetiracetam. Mein Arzt hat gesagt, dass Levetiracetam auch die Gereiztheit mit verursacht. Ein anderer biologischer Faktor sei der gestörte Schlafrythmus. Ich bin manchmal einfach um 2.00 Uhr aufgewacht und konnte nicht schlafen. Die Nacht wurde zum Tag und der Tag wurde zur Nacht.</i></li> </ol>	<p>Ursachen für die Erkrankung waren der Verlust des Vertrauens in die Menschheit, schlechte Lebensumstände und soziale Spannungen, sowie biologische Faktoren, insbesondere medikamentöse Nebenwirkungen und ein gestörter Schlafrythmus.</p>	<p>Aus Sicht des Probanden sind Ursachen für die Erkrankung der Verlust des Vertrauens in die Menschheit, schlechte Lebensumstände und soziale Spannungen, sowie biologische Faktoren, insbesondere medikamentöse Nebenwirkungen und ein gestörter Schlafrythmus.</p>	
12	P08	27-29	<p><i>An dem Tag habe ich erfahren, dass alle meine drei Neffen, also die Kinder meiner Schwester, im Krieg verstorben sind. Es war für mich alles so unfassbar, dass ich nicht mehr gewusst habe, was ich mache, als wäre ich bewusstlos gewesen.</i></p>	<p>Ich habe erfahren, dass meine drei Neffen im Krieg verstorben sind. Das war für mich so unfassbar, dass ich mich wie bewusstlos fühlte.</p>	<p>Der Tod seiner Neffen war ein Auslöser oder Verstärker seiner Erkrankung.</p>	
13	P08	62-65	<p><i>Traumata bzw. unangenehme Ereignisse, z. B.: Tod einer</i></p>	<p>Träumen oder unangenehme Ereignisse</p>	<p>Der Proband macht traumatische Ereignisse,</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<i>nahestehenden Person, die Wohnsituation und die Armut. Ich muss ständig überlegen, wie ich meine Kinder in Syrien zwecks Miete und Lebensunterhalt finanzieren soll, wenn ich selber nicht viel habe. So wird man psychisch krank.</i>	sind Ursachen meiner Erkrankung. Dinge wie der Tod einer nahestehenden Person, die Wohnsituation, die Armut. Ich muss ständig überlegen, wie ich meine Kinder in Syrien finanzieren soll, wenn ich selbst nicht viel habe. So wird man psychisch krank.	sowie schlechte Wohn- und Lebensumstände für seine Erkrankung verantwortlich.	
14	P09	15-17	<i>Der psychische Druck war sehr groß. Der Krieg, die Flucht und dann die Fremde, das Nachdenken über die Familie, all dies hat einen großen Einfluss auf meine Psyche und auf die Kommunikation mit anderen Menschen gehabt.</i>	Der psychische Druck durch den Krieg, die Flucht und die Fremde war sehr groß, auch die Sorge um die Familie hatte einen großen Einfluss auf meine Psyche und die Kommunikation mit anderen Menschen.	Psychischer Druck durch Krieg und Flucht sowie Sorge um die Familie belasteten den Probanden psychisch.	
15	P09	29-30	<i>Der Stress, das zu viel Denken, die fehlende Anpassung im neuen Land und die Lebensumstände.</i>	-	Der Proband sieht Stress, Sorgen, sowie schwierige Lebensumstände und schwierige Anpassung in Deutschland als Ursachen für seine Erkrankung.	
16	P10	24-35	<i>Ich saß noch Zuhause mit meiner Familie und habe die Nachspeise</i>	Ich saß zuhause beim Essen mit meiner Familie,	Traumatische Erfahrungen wie Kriegserlebnisse,	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<p><i>gegessen, plötzlich legte sich meine Frau aus Angst auf den Boden und sagte laut: Die freie Armee ist gekommen, die freie Armee ist gekommen, flieht! flieht! Jede Bombe, die zunächst die Wand durchbohrt hat, ist danach explodiert. So bin ich mit meinem Sohn einen Monat lang unterwegs gewesen. Meine Frau war bei ihrer Familie, eigentlich immer noch. Jede Schranke auf dem Fluchtweg war ein Albtraum für uns. So haben uns die Soldaten aufgehalten, gehorfeigt, manchmal bei ihnen gezwungenermaßen übernachtet. Sie haben auf uns uriniert, unsere Sachen geklaut, das Geld und die Handys. Meine Wohnung wurde in dieser Zeit ausgeraubt. Soldaten waren überall, kaltes Wetter und starker Wind. Das Meer hat kein Ende. Mein Sohn und ich waren auf dem Schlauchboot. Ich sah, wie die Leute ertranken und trotzdem habe ich weitergemacht. Es gab keine andere Option, wie etwa zurückkehren?</i></p>	<p>als sich meine Frau auf den Boden warf und Bomben in der Wohnung explodierten. Danach bin ich mit meinem Sohn einen Monat lang unterwegs gewesen, während meine Frau zu ihrer Familie ging. Unterwegs wurden wir misshandelt und bestohlen, auch meine Wohnung daheim wurde ausgeraubt. Als ich mit meinem Sohn auf dem Schlauchboot saß, sah ich, wie Leute ertranken. Aber es gab keine andere Option, als weiterzufahren.</p>	<p>Trennung von der Frau und traumatische Erlebnisse auf der Flucht sind für die Erkrankung des Probanden mitverantwortlich.</p>	
17	P10	45	<p><i>Die Lebensumstände, dass was mit uns passiert ist und immer noch passiert.</i></p>	-	<p>Der Proband macht die Lebensumstände und die Kriegs- und Fluchterlebnisse für seine Erkrankung verantwortlich.</p>	
18	P11	39-46	<p><i>Mir ist viel passiert:</i></p>	<p>Mir ist viel passiert, insbesondere der Verlust</p>	<p>Der Proband betrachtet die genannten Punkte als</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Zeugnis von meinem universitären Abschluss (Philosophie) habe ich verloren, meinen Ausweis und alle meine offiziellen Papiere.</li> <li>2. Der Fluchtweg war sehr schwer. Ich war drei Monate unterwegs, davon 15 Tage in Bulgarien im Gefängnis und 5 Tage in Österreich im Gefängnis.</li> <li>3. Die Kälte, die Erschöpfung mit dem Schlafmangel haben alles schlimmer gemacht.</li> <li>4. Dazu kam das ständig fehlende Geld und</li> <li>5. ich wurde für ca. 7 Tage von meinem besten Freund getrennt.</li> </ol>	<p>von Qualifikations- und Identitätsnachweisen, die Belastungen durch die Flucht mit Aufhalten in Gefängnissen, Kälte, Erschöpfung und Schlafmangel, fehlendes Geld und die Trennung von meinem besten Freund.</p>	<p>Ursachen seiner Erkrankung.</p>	
19	P11	48-55	<p>Also die Lebensumstände. Ich kam in die Fremde, alles neu. Die Kälte, das Wetter, andere Bräuche und andere Traditionen. Dazu kommt mein Statusverlust. Ich war in Syrien Student, habe nebenbei gearbeitet und hatte meinen Freundeskreis, meine Familie. Ich habe damals gerne über Religion, Politik, Soziologie und Philosophie, also mein Studienfach, geredet. Hier habe ich alles verloren. Ich bin plötzlich alleine, mit einem Freund, der selber mit seinen eigenen Problemen beschäftigt ist. Dazu kommen die Sprachprobleme und das Grübeln über jetzt und später, in der Krankheitsphase sogar über das Vergangene wie die unfreundliche Kollegin, der unehrliche Schleußer</p>	<p>Letztendlich sind die Lebensumstände für meine Erkrankung verantwortlich. Alles war für mich neu, die Kälte, das Wetter, andere Bräuche und Traditionen. Dazu kamen der Statusverlust und der Verlust von Familie und Freundeskreis. Hier habe ich alles verloren und habe hier nur einen Freund. Dazu kommen Sprachprobleme und das ständige Grübeln über die Gegenwart und die Zukunft, in der Krankheitsphase auch über die negativen Dinge, die in der</p>	<p>Der Proband betrachtet seine aktuellen Lebensumstände, Trennungs- und Verlusterfahrungen, sowie kulturelle Unterschiede und sprachliche Barrieren als Ursachen für seine Erkrankung.</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<i>und die abgegebenen Fingerabdrücke.</i>	Vergangenheit passiert sind.		
20	P12	26-28	<i>Diese Zustände habe ich seit dem durch Luftangriffe verursachten Tod meiner Eltern 2016, obwohl ich im sicheren Deutschland lebe.</i>	-	Der Proband leidet seit dem gewaltsamen Tod seiner Eltern im Jahr 2016 an Angstzuständen.	
21	P13	18-20	<i>Angefangen hat das Problem 2015, damals noch in Syrien wegen des Krieges, als meine Schwester verängstigt nach Hause kam. Es war kalt und stürmisch und ich hatte eine Angstatacke.</i>	-	Der Proband hatte zum ersten Mal 2015 im Zusammenhang mit dem Krieg eine Angstatacke.	
22	P13	32-37	<i>Manchmal habe ich das Gefühl, dass könnte vom Rauchen kommen oder zu wenig Schlaf oder weil ich nicht bete, manchmal auf Grund der Bombardierung in der Region, zumindest damals in Syrien. Der Auslöser ist immer gleich. Das Fenster vibriert stark. Ich verbinde das mit den Bomben, denn damals haben alle Fenster bei der Bombardierung vibriert und am Ende bekomme ich die Angst, also eine Art Angstgedächtnis, was zur Attacke führt.</i>	Manchmal denke ich, es könnte vom Rauchen oder von zu wenig Schlaf kommen, oder weil ich nicht bete. Vielleicht auch wegen der Bombardierung damals in Syrien. Der Auslöser ist immer gleich. Das Fenster vibriert stark und das verbinde ich mit den Bomben. Am Ende bekomme ich Angst, was zu einer Attacke führt.	Der Proband sieht mehrere mögliche Ursachen für seine Erkrankung: Schlafmangel, Rauchen, nicht beten, aber auch Spätfolgen / Trauma durch eine miterlebte Bombardierung.	
23	P14	35-37	<i>Nach allem, was ich erzählt habe, glaube ich deswegen, dass meine Schmerzen eine körperliche Ursache haben und keine psychische.</i>	-	Der Proband ist überzeugt, dass seine Beschwerden somatische Ursachen haben.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
24	P14	43-45	<i>Bei mir war das der Verlust meiner Eltern, meiner Mutter in erster Linie, denn egal ist es, was man im Leben erreicht oder wie groß man wird, das kompensiert die fehlende Mutter nicht. Man wird immer seine Mutter brauchen.</i>	Bei mir war der Verlust meiner Eltern, vor allem meiner Mutter eine Ursache. Es ist egal, was man im Leben erreicht, man wird immer seine Mutter brauchen.	Der Proband betrachtet den Verlust seiner Eltern, vor allem seiner Mutter als ursächlich für seine Erkrankung.	
25	P14	64-65	<i>Jetzt bin ich vielleicht ein Hindernis für mich selbst, weil ich nicht überzeugt bin, dass diese Beschwerden psychisch bedingt sind.</i>	-	Der Proband ist nicht überzeugt, dass seine Beschwerden psychisch bedingt sind.	
26	P15	15-18	<i>Als ich noch in Syrien war, habe ich oft Folter erleben müssen. Dreimal bin ich an kontrollierenden Militärschranken festgenommen worden. Ohne Grund haben sie mich beschimpft und geschlagen. Ich habe fließendes Blut gesehen, Leute, die vor meinen Augen starben.</i>	In Syrien habe ich Folter erleben müssen. Ich bin dreimal festgenommen und dabei beschimpft und geschlagen worden. Ich habe Blut fließen sehen und Leute, die vor meinen Augen starben.	Der Proband hat Folter, Bedrohungen und Gewalt erfahren und wurde Zeuge von Ermordungen.	
27	P15	58-59	<i>Trauma Ereignisse im Krieg und hier, das Zuviel-Nachdenken und die Ungerechtigkeit. So wird man psychisch krank.</i>	-	Der Proband betrachtet traumatische Erlebnisse, Ungerechtigkeit und Grübelei als Ursachen seiner Erkrankung.	

**Hauptkategorie 1, Unterkategorie 3: Beschreibung und Interpretation der Symptome / Symptomausprägungen (Symptome)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	62-64	<i>Ich habe ab und zu Verspannungen und Schmerzen in der Herz- und Rückengegend, die mich beunruhigen. Der Arzt macht verschiedene Untersuchungen und stellt nichts Körperliches fest. So weiß ich, dass meine Beschwerden psychisch bedingt sind.</i>	Ich habe ab und zu Verspannungen in der Herz- und Rückengegend, die mich beunruhigen. Ein Arzt kann keine körperlichen Ursachen feststellen, weshalb ich weiß, dass meine Beschwerden psychisch bedingt sind.	Für die Verspannungen in der Herz- und Rückengegend können keine körperlichen Ursachen festgestellt werden, weshalb der Proband davon ausgeht, dass sie psychisch bedingt sind.	Ein großer Teil der Probanden beschreibt seine Symptome mit einem Vokabular, das eher eine somatische Interpretation nahelegt. Teilweise bestehen sie auch explizit darauf, dass ihre Erkrankung nicht psychisch bedingt sei, bzw. versuchen, den Begriff „psychische Erkrankung“ durch Begriffe wie „Verwirrtheit“ zu ersetzen. Des Weiteren zeigt das verwendete
2	P03	38-41	<i>Das, was ich hatte, war keine psychische Erkrankung, eher eine psychische Belastung. Ich habe viel gegrübelt und ich wusste nicht, womit ich anfangen und was ich überhaupt machen soll. Ich konnte nicht mehr lachen. Ab und zu habe ich über meine Familie nachgedacht und Weinkrämpfe bekommen. (Kleine Pause, Proband weint.)</i>	Ich hatte keine psychische Erkrankung, eher eine psychische Belastung, habe viel gegrübelt und wusste nicht was ich machen sollte. Ich konnte nicht mehr lachen. Wenn ich über meine Familie nachgedacht habe, habe ich manchmal Weinkrämpfe bekommen.	Der Proband fühlte sich eher psychisch belastet als krank, fühlte sich orientierungslos und trauerte wegen der Trennung von seiner Familie.	Vokabular jedoch, dass die Probanden ihre Symptome überwiegend durchaus in einer Art und Weise beschreiben, wie sie auch in einem westlichen Kulturkreis verständlich sein sollte, bzw. mit dieser kompatibel ist.
3	P03	57	<i>Ich saß und hatte keinen Antrieb. Das alleine macht krank.</i>	-	Antriebslosigkeit macht laut dem Probanden krank.	
4	P03	59-62	<i>Im Heim war alles ok, aber diese Leere, die bringt einen um (Metapher). Ich wusste nicht, womit ich diese Leere füllen soll. Mit dem Grübeln, „wie konntest du nur? Das sind deine Eltern“ sucht man sich die Probleme, gedanklich war ich einfach ausgeliefert, hauptsächlich mit Schuld beschäftigt, „warum bist du überhaupt hier? Schäm dich!“</i>	Im Heim war alles okay, aber die innere Leere bringt einen um und ich wusste nicht, womit ich sie füllen sollte. Ich war meiner Grübeleien und meinen Schuld- und Schamgefühlen ausgeliefert.	Der Proband fühlte sich innerlich leer, schämte sich, fühlte sich schuldig und grübelte permanent.	
5	P04	15-16	<i>Ich habe kein psychisches Problem, sondern ein nervliches. Das sind Anfälle, die ab und zu vorkommen.</i>	-	Die Probandin beschreibt ihre Symptome als nervlich bedingt, nicht psychisch.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
6	P04	41-46	<i>Jetzt, obwohl ich mittlerweile zwei Tabletten vom selben Medikament einnehme, früher nur eine Tablette, immer wenn ich traurig bin oder belastet, bekomme ich diesen Zustand, allerdings nur leicht. Ich bin für Sekunden bewusstlos. Nach drei bis vier Minuten merke ich selber, dass ich den Zustand hatte, z. B. wenn ich mit einer Person spreche, bringe ich Sachen durcheinander, mein linkes Auge und meine rechte Hand zucken. Früher habe ich die Zustände nicht gemerkt, jetzt schon, bis auf die großen Zustände, da merke ich gar nichts.</i>	Obwohl ich mittlerweile zwei Tabletten einnehme, bekomme ich diesen Zustand immer noch, wenn auch nur leicht. Ich bin für Sekunden bewusstlos und merke erste Minuten später, dass ich wieder einen Anfall hatte, z. B., indem ich Sachen durcheinander bringe, wenn ich mit jemandem spreche, oder mein linkes Auge oder meine rechte Hand zucken. Diese Zustände habe ich früher, abgesehen von den großen, gar nicht bemerkt.	Die Probandin musste die Dosis ihres Medikaments erhöhen und verspürt seitdem eine Reduktion ihrer Symptomatik, obgleich diese noch immer auftritt.	
7	P04	52-57	<i>Daher habe ich von vornherein gesagt, mein Problem ist nervlich und nicht psychisch hauptsächlich, aber manchmal auch psychisch. Zum Beispiel wenn mein Mann mich traurig macht, bekomme ich einen internen Druck, jetzt mit dem Krieg und der damit verbundenen Angst führt dieser Druck zum Anfall. Zusätzlich habe ich das Gefühl, ich vergesse viel und könne mich nicht konzentrieren, irgendwie generell traurig und antriebslos.</i>	Ich habe gesagt, mein Problem ist nervlich und nicht hauptsächlich psychisch, aber manchmal eben doch. Zum Beispiel bekomme ich einen inneren Druck, wenn mein Mann mich traurig macht, was in Verbindung mit der Angst und dem Krieg zum Anfall führen kann. Außerdem habe ich das Gefühl, vergesslich zu sein und mich nicht konzentrieren zu können, sowie generell traurig und antriebslos zu sein.	Die Probandin interpretiert ihre Erkrankung als vorwiegend nervlich bedingt. Unter bestimmten Bedingungen zeigen sich aber auch psychische Symptome.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8	P05	31-34	<i>Ich sitze Zuhause und denke über die Probleme nach. Irgendwann verringert sich meine Auffassung, der Druck wird groß und ich möchte etwas haben, was mich beruhigt, also Blut, denn wenn ich Blut sehe, bekomme ich eine gewisse Entlastung.</i>	Ich sitze zuhause und denke über die Probleme nach, irgendwann wird der Druck zu groß und ich brauche etwas, das mich beruhigt. Wenn ich dann Blut sehe, entlastet mich das etwas.	Der Proband verletzt sich selbst, weil ihm das ein gewisses Gefühl der Entlastung verschafft.	
9	P05	50-52	<i>Damals habe ich auf dem Hof eine Schießerei gehört, aus dem Wald kommend, als wäre ich mitten im Krieg gewesen, obwohl es keinen direkten Auslöser gab, wie beispielsweise Kontakt zu den Eltern.</i>	Damals habe ich eine aus dem Wald kommende Schießerei wie im Krieg gehört, ohne dass es dafür einen Auslöser, z. B. Kontakt zu den Eltern gegeben hätte.	Der Proband litt an Halluzinationen, ohne, dass es hierfür einen konkreten Auslöser gegeben hätte.	
10	P06	35-37	<i>Im letzten Jahr hatte ich Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, wahrscheinlich eine unerwünschte Nebenwirkung vom Antiepileptikum (Lamotrigin).</i>	-	Im letzten Jahr der Abendschule litt der Proband an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, die möglicherweise medikamentös bedingt waren.	
11	P06	108-110	<i>Ich war traurig, gereizt und sensibel. Ich hatte Zwangsgedanken und war sehr vorsichtig. Es war alles leer und ich hatte Stimmungsschwankungen sowie Angst davor eine Entscheidung zu treffen.</i>	Ich war traurig, gereizt und sensibel, hatte Zwangsgedanken, ein Gefühl der Leere und Stimmungsschwankungen, sowie Angst, Entscheidungen zu treffen.	Symptome des Probanden waren Gereiztheit, emotionale Labilität, Zwangsgedanken, Leeregefühl, Stimmungsschwankungen und Ängste.	
12	P09	17-18	<i>Ich hatte Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, manchmal Bauchschmerzen.</i>	-	Symptome des Probanden waren Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Bauchschmerzen	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
13	P09	19-21	<i>Ich wollte mit Ihnen als Psychiater reden, weil ich die Freude im Allgemeinen verloren habe. Ich bin nicht mehr so flexibel wie früher, sehr zurückhaltend geworden</i>	Ich habe die Lebensfreude im Allgemeinen verloren, bin nicht mehr so flexibel wie früher und sehr zurückhaltend geworden.	Der Proband berichtet, die Freude am Leben verloren zu haben und zurückhaltender sowie weniger flexibel als früher zu sein.	
14	P10	15-19	<i>Meine Psyche ist am Ende. Ich vergesse viele Sachen und könne mich nicht konzentrieren, z. B. ich habe eine Zigarette im Mund, ich möchte sie anzünden. Ich suche das Feuerzeug und finde es nicht. Am Ende stelle ich fest, das Feuerzeug ist in meiner Hand. Dann nehme ich eine zweite Zigarette aus der Packung, weil ich bereits vergessen habe, dass ich eine im Mund habe.</i>	Meine Psyche ist am Ende. Ich vergesse vieles und kann mich nicht konzentrieren. Zum Beispiel wenn ich mir eine Zigarette anzünden will, vergesse ich zuerst, dass ich das Feuerzeug schon in der Hand habe und dann, dass ich auch die Zigarette bereits im Mund habe.	Der Proband ist vergesslich und kann sich auch auf einfache Tätigkeiten nicht ausreichend konzentrieren.	
15	P10	20-21	<i>Er hat mich gefragt, was mit mir los ist. Ich sagte nichts, ich bin nicht psychisch krank, nicht verrückt, nur durcheinander, von dem was mir passiert.</i>	Mein Schwager fragte mich, was mit mir los ist und ich sagte ihm, dass ich nicht psychisch krank oder verrückt bin, sondern nur durcheinander wegen dem, was mir passiert ist.	Der Proband fasst seinen Zustand nicht als psychische Erkrankung auf, sondern als Verwirrung aufgrund seiner Erlebnisse.	
16	P10	35-37	<i>Jedes Mal, wenn ich die Geschichte erzähle, habe ich starkes Zittern und atme viel schneller. Manchmal habe ich Alpträume. Ich wache auf und frage mich in totaler Angst, wo ich überhaupt bin.</i>	Jedes Mal, wenn ich die Geschichte meiner Flucht erzähle, zittere ich stark und mein Atem wird schneller. Manchmal habe ich Alpträume, wache voller Angst auf und frage mich, wo ich überhaupt bin.	Der Proband weist Stresssymptome auf, wenn er die Geschichte seiner Flucht erzählt und klagt über Schlafstörungen.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
17	P14	15-16	<i>Das, was mit mir passiert, ist, dass ich manchmal Ganzkörperschmerzen habe, woher das kommt, weiß ich nicht genau.</i>	-	Der Proband bezeichnet seine Symptome als Ganzkörperschmerzen, ohne mögliche Ursachen dafür nennen zu können.	

**Hauptkategorie 1, Unterkategorie 4: Subjektiv wahrgenommener Sinn und wahrgenommene Bedrohlichkeit der Erkrankung (*Sinn*)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	29-30	<i>Ich bin nicht wirklich religiös und insgesamt auch nicht konservativ. Deswegen glaube ich an das Schicksal Gottes nicht</i>	Ich bin nicht religiös oder konservativ, deshalb glaube ich nicht, dass Gott oder das Schicksal verantwortlich sind.	Die Störung hat nichts mit Gott oder Schicksal zu tun.	Bei den Probanden, die Aussagen zum wahrgenommenen Sinn oder zur wahrgenommenen Bedrohlichkeit machen, kann diese Sinnzuschreibung als religiös betrachtet werden
2	P05	105-016	<i>Was gerade passiert, ist von Gott vorgeschrieben“.</i>	-	Der Proband ist der Ansicht, dass seine Krankheit von Gott vorgegeben ist.	
3	P14	46	<i>Aber alles, was uns auf der Erde passiert, ist von Gott bestimmt (Alhamdulillah)</i>	-	Der Proband geht davon aus, dass alles, was geschieht, von Gott bestimmt ist.	

**Hauptkategorie 1, Unterkategorie 5: Subjektive Vorstellungen zu Behandl- und Kontrollierbarkeit (*Behandelbarkeit*)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P04	130	<i>Ich habe Ihnen gesagt, ich schaffe es alleine. Ich brauche keine Psychiater.</i>	-	Die Probandin ist überzeugt, keine psychiatrische Behandlung zu benötigen.	Je nach Fall zeigt sich der Proband offen für eine naturwissenschaftlich / schulmedizinisch geprägte Behandlung, oder ist der Ansicht, nicht einer solchen Behandlung zu bedürfen, da entweder die
2	P04	137-138	<i>Ich weiß, dass ich krank bin und ich sage immer, Gott ist unser Heiler. Ich nehme trotzdem Medizin, damit sich mein Zustand nicht verschlimmert.</i>	-	Die Probandin nimmt Medizin, um zu vermeiden, dass sich ihr Zustand verschlechtert, obgleich sie überzeugt ist, dass letztendlich nur Gott Heilung bringen kann.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
3	P05	82-87	<i>Bringen Sie mir eine Familie, finden Sie mir eine Wohnung, lassen Sie mich die Schule besuchen, sichern sie mich finanziell ab und mir wird es gut gehen. Ich bin nicht psychisch krank, aber die psychische Belastung ist sehr groß. Sie haben mir oft eine psychische Behandlung nahegelegt. Ich bin aber nicht gegangen, weil ich nicht glaube, dass ein Psychiater mir helfen kann, weil das was mit mir passiert, passiert wegen der ganzen Probleme und nicht weil ich psychisch krank bin.</i>	Wenn meine Familie nachkommen würde, ich eine Wohnung bekäme, die Schule besuchen könnte und finanziell abgesichert wäre, würde es mir gut gehen. Mir wurde eine psychiatrische Behandlung nahegelegt, zu der ich aber nicht gegangen bin, weil das, was mit mir passiert, wegen meiner ganzen Probleme passiert und nicht, weil ich psychisch krank bin.	Der Proband geht davon aus, dass er nicht psychisch erkrankt ist, sondern seine Probleme für seine Symptome verantwortlich sind und diese verschwinden würden, wenn seine Familie bei ihm wäre und er in sicheren Lebensumständen wäre.	Behandelbarkeit grundsätzlich nur durch höhere Mächte als gegeben betrachtet wird, oder nichtmedizinische Behandlungen als ausreichend erachtet werden.
4	P05	94-96	<i>Wobei ich für eine Behandlung außerhalb des Krankenhauses offen bin. Nur im Krankenhaus habe ich ein komisches Gefühl.</i>	Für eine Behandlung außerhalb des Krankenhauses wäre ich offen, im Krankenhaus habe ich ein komisches Gefühl.	Der Proband wäre offen für eine Behandlung seiner Erkrankung außerhalb eines Krankenhauses.	
5	P06	97-99	<i>auch nach der Familienzusammenführung war es nicht wirklich besser mit den Symptomen. Ich habe dann gedacht, „das ist nicht normal, ich muss zum Arzt“.</i>	Auch nach der Familienzusammenführung wurde es nicht besser mit den Symptomen und ich dachte deshalb, dass ich zum Arzt muss.	Als sich auch nach der Familienzusammenführung keine Linderung der Symptome einstellte, entschied sich der Proband, zum Arzt zu gehen.	
6	P12	79-81	<i>Ich halte mich für psychisch krank. Die Wahrnehmung der Problematik hilft aber nicht wirklich. Das ist wie schon erwähnt eben nur die eine Hälfte. Etwas zu verändern bzw. zu behandeln ist die andere Hälfte, die gar nicht so einfach erscheint.</i>	Ich halte mich für psychisch krank, aber das Wissen über die Problematik hilft nicht wirklich, es ist nur eine Hälfte. Die andere Hälfte, etwas tatsächlich zu behandeln, erscheint gar nicht so einfach.	Der Proband ist der Ansicht, dass es nicht einfach ist, eine psychische Erkrankung zu behandeln und dass das reine Wissen darüber noch nicht genug hilft.	

**Hauptkategorie 2: Ressourcen****Hauptkategorie 2, Unterkategorie 1: Soziale Unterstützung (Soziale Unterstützung)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	82-90	<i>Doch, Ende 2015 als ich nach Deutschland kam und die Familie S. kennengelernt habe. Die Frau heißt Elke (Pseudonym). Der Mann heißt Horst (Pseudonym). Beide haben eine Firma für Lebensmittel. Ich habe in der Firma gearbeitet. Sie haben mich gut unterstützt. Das leere Gefühl ist sogar besser geworden und ich konnte einen kleinen Schritt vorwärts kommen. Sie sind wie meine Eltern geworden, sie haben mir bei der Familienzusammenführung geholfen, damals meine Frau und meine Söhne aus der Türkei geholt. Meine Tochter heißt jetzt auch Elke, weil ich bei dieser Frau wieder die Mutterliebe habe spüren können, was ich schon längst vermisste. Ich respektiere die beiden sehr. Was sie für mich gemacht haben, war groß, sehr groß...</i>	Als ich Ende 2015 nach Deutschland kam, hatte mich Familie S. unterstützt und das Gefühl der Leere ist dadurch besser geworden. Sie wurden wie Eltern für mich, haben bei der Familienzusammenführung geholfen und ich habe meine Tochter nach Frau S. benannt, weil ich durch sie wieder Mutterliebe gespürt habe, die ich vermisst hatte. Was Familie S. für mich getan hat, war sehr wichtig.	Soziale Unterstützung durch eine Familie in Deutschland hat dem Probanden emotional und im Hinblick auf die Ausprägung seiner Symptome sehr geholfen.	Die Ergebnislage ist hier sehr klar: Soziale Unterstützung hat für sehr viele Probanden eine entlastende Funktion, bzw. wird als hilfreich erlebt. Die soziale Unterstützung kann hierbei sowohl emotional als auch instrumentell oder informational sein. Sie kann von Freunden, von der Familie, von Bekannten oder sogar von überwiegend Fremden ausgehen und es hilft sogar, wenn die Unterstützung aus der Ferne erfolgt (bspw. durch Telefonate). Grundsätzlich scheint jede Form der sozialen Unterstützung hilfreich zu sein.
2	P01	173-177	<i>Der Asylsuchende sollte Hilfe von solchen Menschen bekommen, wie Sie, arabische Ärzte, die seit langer Zeit hier leben, insbesondere Ärzte, die sich mit diesen Angelegenheiten auskennen. Dass diese Ärzte aus eigener Initiative zu den Flüchtlingen gehen und die Hilfe anbieten. Denn ganz ehrlich, viele andere Araber kommen und nutzen die Flüchtlinge völlig aus.</i>	Asylsuchende sollten Hilfe von arabischen Ärzten bekommen, die schon lange in Deutschland leben und sich auskennen. Diese Ärzte sollten aus eigener Initiative Hilfe anbieten, denn viele andere Araber nützen Flüchtlinge aus.	Asylsuchende sollten proaktive Hilfe von gebildeten, anderen Arabern bekommen, die schon länger in Deutschland leben.	wenn die Unterstützung aus der Ferne erfolgt (bspw. durch Telefonate). Grundsätzlich scheint jede Form der sozialen Unterstützung hilfreich zu sein.

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
3	P02	42-45	<i>Mein Mann hilft mir, sonst niemand. Er sagt mir immer: "Hab Geduld, morgen wird's besser, denk an unsere Kinder." (Mit "morgen" sind die kommenden Jahre gemeint). So fühle ich mich psychisch ein bisschen besser. Manchmal gehen wir beide aus dem Haus, wenn er zum Beispiel frei hat. Ich weiß nicht, wer mir sonst helfen kann, außer meinem Mann.</i>	Mein Mann hilft mir, sonst niemand. Er redet mir gut zu oder wir unternehmen etwas und dadurch fühle ich mich etwas besser. Ich weiß nicht, wer mir sonst helfen kann.	Soziale Unterstützung durch den Ehemann hilft der Probandin.	
4	P02	85-89	<i>Ich weiß nicht, was den anderen helfen würde, sich helfen zu lassen. Bei mir waren das mein Mann und die freiwilligen Helfer. Meine Chefin Elke zum Beispiel hat mich die ganze Zeit während der Geburt unterstützt. Das hat mir sehr geholfen. Trotzdem habe ich nach der Geburt zwei Tage lang ununterbrochen geweint, weil ich meine Eltern bei dieser Angelegenheit und auch generell vermisse (Probandin fängt an zu weinen, kurze Pause).</i>	Mir helfen mein Mann und die freiwilligen Helfer wie meine Chefin Elke, die mich während der Geburt unterstützt hat. Das hat sehr geholfen, aber trotzdem habe ich nach der Geburt viel geweint, weil ich meine Eltern vermisse, besonders bei einer Angelegenheit wie einer Geburt.	Soziale Unterstützung durch ihren Mann und freiwillige Helfer sowie Helfer an der Arbeitsstelle hilft der Probandin beim Umgang mit ihrer Erkrankung.	
5	P03	90-92	<i>Letztlich könnte ein syrischer Freund eine gute Unterstützung sein. Er würde bis zu 90% verstehen, worum es wirklich geht, denn nur Gott weiß was tatsächlich los ist.</i>	Ein syrischer Freund könnte helfen, weil er zu 90% verstehen würde, was los ist.	Ein syrischer Freund könnte beim Umgang mit der Erkrankung helfen, weil er verstehen würde, was los ist.	
6	P04	77-78	<i>Ich bin generell gerne unter Menschen. So versuche ich nicht zuhause zu bleiben. Ich gehe zu meinen Freunden und trinke Kaffee</i>	Ich bin gerne unter Menschen, deshalb versuche ich, nicht zuhause zu bleiben, sondern Freunde zu besuchen.	Soziale Kontakte helfen der Probandin, sich besser zu fühlen.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
7	P05	54-58	<i>Dort ging es mir gut. Ich hatte um mich viele Leute, Deutsche, die sich um mich gekümmert haben, z. B. wenn ich nicht schlafen konnte, habe ich mit der Betreuerin geredet. Sie kam zu mir und hat mir eine Tablette gegeben. Ich habe mich wohl gefühlt. Ich hatte immer jemanden, mit dem ich über meine Probleme reden konnte.</i>	Im Heim ging es mir gut, denn ich hatte viele Leute um mich herum, die sich um mich gekümmert haben und auch die Betreuerin hat mit mir geredet, wenn ich z. B. nicht schlafen konnte und hat mir eine Tablette gegeben. Ich hatte dort immer jemanden, mit dem ich über Probleme reden konnte.	Im Heim erfuhr der Proband emotionale und praktische soziale Unterstützung, die er als entlastend erlebte. Er fühlte sich dort gut.	
8	P05	108-111	<i>Auch die Ärzte bei akuter Krise sind im Gespräch sehr beruhigend. Im Krankenhaus kommt es auf den Arzt an, ob er mich beruhigen kann oder nicht. Ich hatte viele Freunde, jetzt bin ich ganz allein im verlassenen Dorf und bemerkenswert, keiner meldet sich, nicht mal eine WhatsApp. Die damaligen Freunde waren eine große Unterstützung.</i>	Bei einer akuten Krise sind Gespräche mit Ärzten sehr beruhigend, aber es kommt auf den einzelnen Arzt an. Ich hatte viele Freunde, jetzt bin ich ganz allein im Dorf und keiner meldet sich. Die damaligen Freunde waren eine große Unterstützung.	Emotionale und praktische soziale Unterstützung durch Ärzte und Freunde trugen früher zur Entlastung des Probanden bei. Diese Entlastung ist nun weggefallen.	
9	P05	164-165	<i>Jemand, der an meiner Seite steht und der mich durchs Zuhören unterstützt, ist sehr hilfreich. Das ist überall auf der Welt z. B. die Mutter, die Familie.</i>	-	Soziale bzw. familiäre Unterstützung wäre für den Probanden sehr hilfreich	
10	P06	53-54	<i>Hier habe ich eine Frau kennengelernt, an der Fachhochschule. Sie hat mein Leben am Anfang der Beziehung positiv beeinflusst.</i>	-	Eine neue Beziehung beeinflusste das Leben des Probanden positiv.	
11	P06	127	<i>Die Familienzusammenführung, als ich meine Frau gesehen habe. Auch mein Bruder half mir.</i>	-	Familienzusammenführung und Unterstützung durch den Bruder entlasteten den Probanden.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
12	P07	77	<i>Ich will heiraten. So werde ich besser und entspannter.</i>	-	Der Proband glaubt, dass eine Heirat ihn entlasten würde.	
13	P08	78-81	<i>Wir hatten einen deutschen Arzt, der mit einer türkisch-arabischen Frau verheiratet war. Beide haben uns respektvoll behandelt und geholfen. Sie haben viel gemacht und trotzdem war das zu wenig gewesen. Sie kamen regelmäßig in die Asylunterkunft.</i>	Wir hatten einen deutschen Arzt, der uns zusammen mit seiner Frau respektvoll behandelt und uns geholfen hat. Obwohl sie viel gemacht haben und häufig zu uns kamen, war es zu wenig.	Der Proband erhielt Unterstützung durch einen Arzt und dessen Frau. Die Hilfe war jedoch nicht ausreichend.	
14	P09	52-53	<i>Herr Dr. Müller und eine Frau, die mir Deutsch beibringt. Ich gehe zu ihr regelmäßig, alles ehrenamtlich von Seite des Asylhelferkreises.</i>	Herr Dr. Müller und eine Frau, die mir regelmäßig Deutsch beibringt, unterstützen mich.	Soziale Unterstützung durch einen Arzt und eine Frau, die dem Probanden Deutsch beibringt, tragen zu seiner Entlastung bei.	
15	P09	65-66	<i>Ich spreche manchmal mit einem Freund, der mich aufbaut.</i>	-	Emotionale soziale Unterstützung durch einen Freund entlastet den Probanden.	
16	P10	62-63	<i>Hier gibt es gar nichts, außer Dr. Müller. Gott hat ihn zu uns geschickt, ein Arzt mit Moral. Er hat uns Kleidung und Möbel gebracht, sich um uns gekümmert.</i>	-	Praktische soziale Unterstützung durch einen Arzt trägt zur Entlastung des Probanden bei.	
17	P10	100	<i>Ich bin vom deutschen und griechischen Volk bestens behandelt worden.</i>	-	Der Proband wurde im jeweiligen Aufenthaltsland gut behandelt.	
18	P11	76-77	<i>Mein Bruder kam nach, er hat mich unterstützt. Auch meine Freundin und Frau Mayer (ehrenamtliche Betreuerin).</i>	-	Der Proband erhielt soziale Unterstützung durch den Bruder, eine Freundin und eine Betreuerin.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
19	P13	46-49	<i>In Syrien habe ich das Haus verlassen, mit meinen Freunden gesprochen, aber hier ist es schwierig. Aber mein Mitbewohner und mittlerweile Freund, wenn er Zuhause ist und ich eine Angstattacke bekomme, spricht er mit mir und sitzt so lange mit mir, bis der Sturm zu Ende ist. Er versucht mich abzulenken und auch der arabische Arzt hat mir geholfen.</i>	In Syrien habe ich mit meinen Freunden gesprochen, wenn die psychische Belastung zu groß war, aber hier ist es schwierig. Aber wenn ich eine Angstattacke bekomme und mein Freund und Mitbewohner ist zuhause, spricht er mit mir und bleibt so lange bei mir, bis der Sturm zu Ende ist. Er versucht mich abzulenken und auch der arabische Arzt hat mir geholfen.	Soziale (emotionale und praktische) Unterstützung durch einen Freund und einen arabischen Arzt helfen dem Probanden beim Umgang mit seiner Erkrankung.	
20	P14	55	<i>Informell von der Familie, mein Onkel, bei dem ich aufgewachsen bin. Er ist aber in der Türkei.</i>	-	Soziale Unterstützung durch einen in der Türkei lebenden Onkel half dem Probanden.	
21	P15	78-81	<i>Auch die Ermutigung von meinem Vater, gibt mir die Kraft. Er sagt mir immer, „ich will, dass du stark bist, dass du dich um deine Geschwister kümmerst“ und zuletzt der ehrenamtliche Betreuer, der mich zu der Ärztin gebracht hat.</i>	Die Ermutigung durch meinen Vater, der will, dass ich stark bin und mich um meine Geschwister kümmerne, gibt mir Kraft. Auch der ehrenamtliche Betreuer hilft mir.	Der Proband erhält emotionale Unterstützung durch seinen Vater und praktische Unterstützung durch einen ehrenamtlichen Helfer.	

**Hauptkategorie 2, Unterkategorie 2: Positive Emotionen und Optimismus (*positive Emotionen*)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	180-182	<i>Ich habe Deutschland wirklich wegen ihm gehasst, bis ich Gertrud kennengelernt habe, eine ehrenamtliche Betreuerin, die mir bei der Jobsuche geholfen hat, und wirklich gerne geholfen, das spürt man.</i>	Ich habe Deutschland wegen einem Araber, der mir viel Schlechtes erzählt hat, gehasst, bis ich eine Betreuerin kennengelernt habe, die mir bei der Jobsuche geholfen hat und bei der ich gespürt habe, dass sie das gerne macht.	Praktische soziale Unterstützung durch eine Betreuerin trug dazu bei, dass der Proband ein positiveres Bild von Deutschland formte.	Positive Emotionen werden von den Probanden, die sie ansprechen, als entlastend erlebt. Wie die Probanden sich positive Emotionen verschaffen, ist dabei natürlich von Fall zu Fall unterschiedlich.
2	P03	127-132	<i>Damals, als ich richtig traurig war, habe ich die alten Fotos, Damaskus und meine Eltern betreffend angeschaut. Mein Sohn ist hier in D zur Schule gegangen, er war jung und seine Papiere waren schneller fertig. In der Zeit saß ich alleine Zuhause. Ich habe zum Essen was gekocht, aber meine ganzen Gedanken waren bei meinen Eltern und in Damaskus. Ich saß im Zimmer und habe nationale Lieder, speziell über Damaskus gehört. Dass alles hat schon eine Entlastung verschafft, als wäre ich daheim.</i>	Als ich richtig traurig war, habe ich alte Fotos aus Damaskus angeschaut, habe etwas zu essen gekocht und an meine Eltern gedacht. Ich habe auch Lieder aus der Heimat, vor allem über Damaskus gehört. Das hat schon zu einer Entlastung geführt.	Das Anschauen von Fotos und das Hören von Musik aus der Heimat führt beim Probanden zu einer Entlastung.	Erinnerungen an die Heimat und die Familie durch Fotos oder Musik, sowie Ziele und Arbeit werden hierbei jedoch häufiger genannt.
3	P05	58-59	<i>Wir haben jedes Wochenende einen Ausflug gemacht, unter der Woche habe ich als Kassierer unter deren Betreuung gearbeitet für ca. 8 Monate.</i>	-	Ausflüge am Wochenende und Arbeit trugen zur Entlastung des Probanden bei und er fühlte sich gut.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
4	P05	114-117	<i>Auch Ziel und Hoffnung vor Augen zu haben, erleichtert die Last. Mein Vater wollte schon immer, dass ich Arzt werde. Ich weiß, dass dieses Ziel nicht erreichbar ist, aber zumindest ein Schulabschluss. Träumen um zu leben.</i>	Ziele und Hoffnung vor Augen zu haben, entlastet. Mein Vater wollte, dass ich Arzt werde und auch wenn ich das nicht schaffen kann, so kann ich doch zumindest einen Schulabschluss schaffen. Man träumt um leben zu können.	Ziele wie einen Schulabschluss zu haben und hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken entlastet den Probanden.	
5	P06	150-151	<i>Ich versuche mich mit Videos oder Fernsehen abzulenken. Jetzt, seitdem meine Frau da ist, umarme ich sie. In ihrem Schoß wird alles gut. Ich fühle mich dann sehr wohl.</i>	Ich lenke mich mit Videos und Fernsehen ab. Jetzt, wo meine Frau bei mir ist, umarme ich sie. Ich fühle mich dann sehr wohl.	Videos und Fernsehen zu schauen und Nähe zu seiner Frau entlasten den Probanden.	
6	P08	77	<i>Der Wille und die Hoffnung auf ein besseres Leben</i>	-	Der Wille und die Hoffnung auf ein besseres Leben halfen dem Probanden beim Umgang mit seiner Erkrankung.	
7	P08	94-97	<i>Die Sporttherapie mag ich sehr. Sie findet in der Früh statt. Ich wache vor allen anderen Patienten auf, dusche und denke an Gott. Danach frühstücke ich, ich habe leckere syrische Sachen dabei. Ich rauche eine Zigarette und gehe anschließend Sport treiben. Hier bekomme ich Glücksgefühle, mit der guten Gesellschaft, weil ich wie alle anderen etwas geschafft habe.</i>	Ich mag die Sporttherapie frühmorgens. Ich wache früh auf, dusche und denke an Gott. Danach frühstücke ich, rauche eine Zigarette und gehe anschließend Sport treiben. Dort, in guter Gesellschaft, bekomme ich Glücksgefühle, weil ich wie alle anderen etwas geschafft habe.	Die Sporttherapie und das morgendliche Ritual davor verschaffen dem Probanden positive Gefühle, die ihm beim Umgang mit seiner Erkrankung helfen.	
8	P10	61-62	<i>Die Arbeit während des Krieges war eine große Ablenkung. Ich war Schneider und habe gerne gearbeitet.</i>	-	Die Arbeit als Schneider war eine Ablenkung von der Erkrankung und verschaffte dem Probanden positive Emotionen.	

**Hauptkategorie 2, Unterkategorie 3: Bewältigungsstrategien**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	119-122	<i>Ich gehe aus dem Haus, suche mir einen See oder Fluss und sitze dort. Manchmal schreibe ich oder lese ich Gedichtstücke und manchmal weine ich einfach. Ich entspanne mich und rauche vielleicht eine oder zwei Zigaretten. Ich trinke Alkohol, aber nicht viel, vielleicht ein bis zwei Bier.</i>	Ich verbringe Zeit in der Natur, schreibe oder lese oder weine einfach. Ich entspanne, rauche eine oder zwei Zigaretten oder trinke ein bis zwei Bier.	Zum Umgang mit seiner Erkrankung entspannt der Proband in der Natur, schreibt, liest, weint, entspannt, raucht oder trinkt in Maßen.	Es zeigt sich eine Vielzahl individueller Bewältigungsstrategien, wobei jedoch Bewegung durch Spaziergehen (insbesondere in der Natur) im Vordergrund zu stehen scheinen. In Einzelfällen zeigen sich jedoch auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Glücksspiele oder selbstverletzendes Verhalten.
2	P02	56-57	<i>Ich gehe mit meinem Mann spazieren oder spiele mit meiner Tochter. Sie lacht manchmal. (Probandin grinst).</i>	Um mit meiner Krankheit umzugehen, gehe ich mit meinem Mann spazieren oder spiele mit meiner Tochter.	Sozialer Umgang mit der Familie und Bewegung in der Natur helfen der Probandin.	
3	P04	131-132	<i>Ich war sehr traurig und habe gedacht, am liebsten ziehe ich mich an und gehe in den Wald spazieren, bis sich mein psychischer Zustand bessert. Das ist für mich eine Lösung oder die Behandlung.</i>	Ich war sehr traurig und wäre gerne in den Wald spazieren gegangen, bis es mir besser geht. Das ist in meinen Augen die passende Behandlung	Im Wald spazieren zu gehen hilft der Probandin beim Umgang mit ihrer Erkrankung und mit Traurigkeit.	
4	P05	133-135	<i>Wenn nichts hilft, höre ich gute Musik und verletze mich, bis ich Blut sehe und ruhig werde. Manchmal lache ich sogar danach, weil es mir so gut geht. Manchmal schreie ich Andere an, z. B. Lehrer in der Schule.</i>	Wenn sonst nichts hilft höre ich Musik, verletze mich, oder schreie andere an.	Der Proband hört Musik, verletzt sich oder schreit andere an zur Entlastung.	
5	P09	64-65	<i>Ich sitze an einem ruhigen Platz, spreche mit mir selbst und frage mich, warum das uns passiert. So spüre ich eine gewisse Erleichterung.</i>	-	Selbstgespräche und Nachdenken an einem ruhigen Ort entlasten den Probanden.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
6	P10	73-76	<i>Manchmal gehe ich spazieren. Ich sitze unter einem Baum und versuche, mich zu beruhigen. Dies ist aber äußerst schwierig, in dem Alter und ohne meine Frau. Die innere Unruhe führt dazu, dass ich mich zurückziehe. Ich mache das Licht aus und gehe früh ins Bett. Ich will mit niemandem zu tun haben.</i>	Manchmal gehe ich spazieren, setze mich unter einen Baum und versuche mich zu beruhigen. Das ist in meinem Alter und ohne meine Frau aber schwierig. Durch die innere Unruhe ziehe ich mich von allem zurück. Ich gehe früh ins Bett und will mit niemandem zu tun haben.	Der Proband versucht sich durch Spaziergänge zu entlasten, dies gelingt ihm jedoch nur eingeschränkt. Er zieht sich von seinem Umfeld zurück.	
7	P11	91-92	<i>Die Arbeit, die Bewegung im Allgemeinen, z. B. Spazieren, die Gespräche mit meinem Bruder und das Fernsehen (Filme anschauen).</i>	-	Um mit seiner Krankheit besser umgehen zu können, nutzt der Proband seine Arbeit, Bewegung, Gespräche mit seinem Bruder und Ablenkung durch Fernsehen.	
8	P12	107-109	<i>Ich bin spielen gegangen und verlor dadurch große Summen an Geld. Dieses zusätzliche Problem habe ich seit Mitte Juni 2017. Immer wenn mir das Leben einen Streich spielt und ich habe ein bisschen Geld, gehe ich spielen.</i>	-	Der Proband verschafft sich in Phasen besonderer Belastung Entlastung durch Glücksspiele.	
9	P13	62-65	<i>Ich gehe spazieren, denn wenn ich Zuhause bleibe, bleibt die Angst bestehen. Um Mitternacht, wenn ich keine Möglichkeit habe, spazieren zu gehen, gehe ich zu einem Freund, der in der Stadtmitte im ersten Stock wohnt und übernachtete bei ihm. Er hat nicht so viel Sturm, wie bei mir in der Wohnung.</i>	Ich gehe spazieren, denn zuhause bleibt die Angst bestehen. Wenn ich nicht spazieren gehen kann, gehe ich zu einem Freund und übernachtete bei ihm. Bei ihm hört man den Sturm nicht so sehr, wie in meiner Wohnung.	Der Proband geht spazieren oder geht zu einem Freund, um dort zu übernachten, wenn die Krankheit ihn zu sehr belastet.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
10	P14	73	<i>Ich gehe spazieren, verlasse meine Wohnung und gehe mit meiner Nichte Eis essen.</i>	-	Für Entlastung geht der Proband spazieren oder unternimmt etwas mit Verwandten.	
11	P15	98-99	<i>Ich gehe in den Wald spazieren und mache meinen Kopf frei. Aber im Schlaf ist das natürlich nicht möglich (Proband lächelt ironisch).</i>	-	Zur Entlastung geht der Proband im Wald spazieren.	

#### **Hauptkategorie 2, Unterkategorie 4: Religiosität (Religiosität)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P03	142-143	<i>Ich bin ein bisschen weit weg von der Religion. Ich sage schon mal mit großer Hoffnung, Gott behebe mein Leiden! Aber mehr eigentlich nicht. Für mich ist Religion keine Lösung.</i>	Ich bin nicht wirklich religiös. Ich hoffe zwar schon manchmal auf die Hilfe Gottes, aber mehr nicht. Religion ist für mich keine Lösung.	Für den Probanden spielt Religiosität keine große Rolle bei der Bewältigung seiner Erkrankung.	Die Mehrzahl der Probanden, die Religiosität bzw. religiös motivierte Handlungen wie Gebete und Lektüre des Korans ansprechen, erleben diesen Faktor als hilfreich für den Umgang mit ihrer Erkrankung, bzw. entlastend. Dies gilt jedoch nicht für alle Probanden.
2	P04	79-80	<i>und natürlich den Koran. Ich lese ihn und merke mir seine Texte. Ich lobpreise Gott mit einer Gebetskette.</i>	Den Koran zu lesen und mir seine Texte zu merken, hilft mir. Ich lobpreise Gott mit einer Gebetskette.	Das Studieren des Korans und Gebete helfen der Probandin bei der Bewältigung ihrer Erkrankung.	
3	P05	105	<i>Die Geduld nach dem Motto: „Verlass dich auf Gott!</i>	-	Das Vertrauen auf Gott hat dem Probanden beim Umgang mit seiner Erkrankung geholfen.	
4	P07	42-43	<i>Ich habe Surat Yusuf vom Koran gelesen. Das hat mir ein bisschen geholfen. Ansonsten gab es nichts Unterstützendes.</i>	-	Das Zuhören bei der Lektüre des Korans entlastete den Probanden.	
5	P07	49-50	<i>Immer wenn mir das Leben zur Last wurde, habe ich auf YouTube Surat Yusuf laufen lassen und bin dabei eingeschlafen.</i>	-	Das Zuhören bei der Lektüre des Korans half dem Probanden beim Einschlafen.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
6	P08	77	<i>und natürlich Gott geben mir die Kraft</i>	-	Der Glaube an Gott half dem Probanden beim Umgang mit seiner Erkrankung.	
7	P14	57	<i>Beten und Koran lesen helfen mir ein wenig.</i>	-	Religiosität wird vom Probanden nicht als entlastend empfunden.	

### Hauptkategorie 2, Unterkategorie 5: Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl (*Selbstwirksamkeit*)

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P03	148	<i>Die Arbeit, ganz klar. Das gibt mir Selbstbewusstsein. Jetzt arbeite ich Vollzeit als Elektriker.</i>	Die Arbeit gibt mir Selbstbewusstsein. Ich arbeite jetzt in Vollzeit als Elektriker.	Das Selbstbewusstsein durch die Arbeit hilft dem Probanden bei der Bewältigung seiner Erkrankung	Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl werden von allen Probanden, die diese Faktoren ansprechen, als entlastend erlebt.
2	P03	152-159	<i>Wenn ich jetzt mein Gehalt bekomme und einkaufen gehe, hole ich den 100 Euro Schein aus meinem Portemonnaie voller Stolz heraus und denke mir immer „das ist mein Geld und nicht euer Geld“, wie manche denken und sagen. Manchmal, bevor ich angefangen habe zu arbeiten, als ich psychisch schlecht beieinander war, habe ich gedacht, die Menschen schauen mich schief an, das war wahrscheinlich psychisch bedingt, dass ich so gedacht habe. Jetzt denke ich, vielleicht haben sie einfach nur so geschaut, ohne Hintergedanken, wie „unser Geld, unsere Steuergelder“. Mein Geld ist jetzt verdient. Ich habe einen Status. Das beruhigt mich sehr.</i>	Wenn ich mein Gehalt bekomme und einkaufen gehe, hole ich stolz den 100 Euro-Schein aus meinem Portemonnaie und denke mir, dass dieses Geld mir gehört, anders als manche Deutsche sagen. Bevor ich gearbeitet habe, habe ich oft gedacht, dass die Menschen mich schief anschauen, vielleicht, weil sie dachten, ich lebe von ihrem Steuergeld. Aber mein Geld ist jetzt verdient und ich habe einen Status. Das beruhigt mich.	Über eigenes und durch die eigene Arbeit verdientes Geld zu verfügen, macht den Probanden stolz und hilft ihm bei der Bewältigung seiner Erkrankung und beruhigt ihn. Er fürchtet auch nicht mehr, dass Deutsche glauben könnten, er lebe vielleicht von ihrem Steuergeld.	Hinsichtlich der Quellen, aus denen sich die Selbstwirksamkeit / das Selbstwertgefühl schöpft, zeigen sich aber natürlich individuelle Unterschiede.

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
3	P08	99-104	<i>Außerhalb der Klinik gehe ich zu den Freunden, die ein Dönergeschäft haben. Ich habe sie unterwegs auf der Flucht kennengelernt. Ich bringe für sie manchmal Holz, weil ich ein Auto mit Anhänger habe. Ich verlange kein Geld, weder für das Holz noch für den Sprit. Dabei fühle ich mich großartig und entspannt, weil ich was Gutes für die Leute gemacht habe. Die Arbeit macht mich glücklich, das Gefühl, ich habe meine Rolle in der Gesellschaft. Ich habe etwas geschafft.</i>	Ich besuche Freunde, die ich auf der Flucht kennengelernt habe und unterstütze sie unentgeltlich. Dabei fühle ich mich gut und entspannt, weil ich etwas Gutes getan habe. Die Arbeit macht mich glücklich und gibt mir das Gefühl, eine Rolle in der Gesellschaft zu haben und produktiv zu sein.	Freunde zu unterstützen und das positive Gefühl, eine Rolle in der Gesellschaft zu haben und produktiv zu sein helfen dem Probanden beim Umgang mit seiner Erkrankung.	
4	P12	90-91	<i>Der Glaube, dass ich mich aus meiner psychischen Erkrankung selbst rausholen kann. Ich war ja in verschiedenen Krankenhäusern, aber ohne wirklichen Nutzen.</i>	-	Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, seine Erkrankung selbst besiegen zu können, hat dem Probanden beim Umgang mit der Erkrankung geholfen.	
5	P15	77-78	<i>Die Geduld und die Verantwortung als alleiniger, nicht behinderter Mann in der Familie, geben mir keine andere Option, außer durchzuhalten.</i>	-	Die Verantwortung für die Familie zu tragen, hilft dem Probanden dabei, durchzuhalten.	

**Hauptkategorie 2, Unterkategorie 6: Institutionelle oder strukturelle Ressourcen (institutionelle Ressourcen)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	183-188	<i>Die formelle Hilfe ist ganz gut und respektvoll gewesen. Ich würde mich aber besser fühlen, wenn ich das Gefühl habe, diese offizielle Person hat meine Nachricht verstanden. So habe ich mir Freiwillige gewünscht, die uns die Sprache beibringen. Das gab es nicht. Die Missverständnisse im formellen Weg auch beim Arzt oder in den Behörden, machen manchmal einen zusätzlichen psychischen Druck.</i>	Die formelle Hilfe war gut und respektvoll, aber ich hätte gerne das Gefühl, dass meine Nachrichten wirklich verstanden werden. Ich habe mir Freiwillige gewünscht, die uns die Sprache beibringen, aber das gab es nicht, weshalb es Missverständnisse beim Arzt und bei den Behörden gab, die zusätzlichen psychischen Druck erzeugten.	Die formelle Hilfe ist ausbaufähig, insbesondere sollten durch Freiwillige Sprachkenntnisse vermittelt werden, um Missverständnisse bei Ärzten und Behörden zu vermeiden.	Viele Probanden wünschen sich insbesondere im Umgang mit den Sprachbarrieren mehr Unterstützung durch Maßnahmen wie Dolmetscher oder Sprachkurse. Aber auch medizinische Unterstützung und Aufklärung über das Gesundheitssystem in Deutschland und dessen Bedingungen, sowie über psychische Erkrankungen im Speziellen, wird als sinnvoll bzw. hilfreich erachtet. Teilweise wünschen sich die Probanden auch zuverlässigere soziale Unterstützung durch institutionelle Maßnahmen wie Adoption oder institutionelle Hilfe bei der Findung von Schul- und Arbeitsplätzen. Auch wird es als sinnvoll erachtet, Hilfe durch
2	P05	111-112	<i>Auch Caritas hat mir geholfen, indem ich einen Platz in der Schule bekommen konnte. Das hat mich schon gestärkt,</i>	-	Praktische Unterstützung bei der Findung eines Schulplatzes wurde vom Probanden als hilfreich und stärkend empfunden.	
3	P05	165-169	<i>Wenn ich hier als Anfang eine Ersatzfamilie finden würde, also ansatzweise als mögliche Lösung, dann würde es mir vielleicht besser gehen. Ich habe im Internet gesucht, bin aber nicht weiter gekommen. Ich weiß von vielen arabischen Flüchtlingen, die so was hatten. Sie hatten Glück und wurden von deutschen Familien adoptiert. Ihnen geht es gut, glaube ich.</i>	Wenn ich eine Ersatzfamilie finden würde, würde es mir vielleicht besser gehen. Ich habe nach Möglichkeiten gesucht, bin aber nicht weitergekommen. Arabischen Flüchtlingen, die von deutschen Familien adoptiert wurden, geht es wohl gut.	Der Proband glaubt, dass die Adoption durch eine Ersatzfamilie ihm helfen würde.	
4	P06	128-129	<i>Formell bin ich zum Arzt gegangen und habe ihm gesagt, dass ich einen Psychiater sehen möchte.</i>	-	Der Proband suchte sich ärztliche Unterstützung.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
5	P08	130-145	<p>1. <i>Aufklärung darüber, dass man umsonst behandelt werden kann. Das hat uns niemand erzählt. Ich habe auch später als Berufstätiger mit einer Pflichtkrankenversicherung nicht gewusst, dass die Krankenkasse die Kosten meiner psychischen Behandlung übernimmt. Ich bin ständig in finanzieller Sorge und habe Bedenken gehabt, ob ich die Medikamente und die Behandlung zahlen muss.</i></p> <p>2. <i>Mehr kümmern, dass man die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit bekommt.</i></p> <p>3. <i>Die Arbeit, um sich zu verwirklichen und eine Rolle in der Gesellschaft zu haben.</i></p> <p>4. <i>Finanzielle Unterstützung in diesem Sinne, dass man ein würdiges Leben wie damals in Syrien vor dem Krieg führen kann, mit Klamotten, Essen, einem Stück Möbel, worauf man schlafen kann, einem Stuhl und einem Tisch. Ich hatte das alles nicht.</i></p> <p>5. <i>Aufklärung darüber, dass es andere Versicherungsmöglichkeiten gibt, wie Haftpflicht. Ich habe z. B. keine und muss jetzt den durch die Krankheit entstandenen Schaden zahlen.</i></p> <p><i>Und zuletzt, dass die Syrer, die seit längerer Zeit hier leben, mit den</i></p>	<p>Um erkrankte Asylsuchende zu unterstützen, sind mehrere Punkte wichtig:</p> <p>1. Aufklärung darüber, dass man ohne eigene Kosten behandelt werden kann. Das sagt einem niemand und man macht sich deshalb Sorgen.</p> <p>2. Dafür sorgen, dass der Proband die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit bekommt.</p> <p>3. Die Möglichkeit arbeiten zu gehen bereitstellen, damit der Asylbewerber sich verwirklichen kann und eine Rolle in der Gesellschaft hat.</p> <p>4. Finanzielle Unterstützung, die den Grundbedarf abdeckt.</p> <p>5. Aufklärung über Versicherungsmöglichkeiten wie Haftpflicht.</p> <p>6. Syrer, die schon länger in Deutschland leben, sollten mit Asylsyrrern in Kontakt kommen.</p>	<p>Aufklärung über Gesundheitssystem und Krankenversicherung sowie andere Versicherungen, bessere medizinische Versorgung und finanzielle Absicherung, die Möglichkeit, arbeiten zu gehen und sich dadurch zu verwirklichen, sowie Unterstützung durch Syrer, die schon länger in Deutschland leben, würde den Asylbewerbern helfen.</p>	<p>schon länger in Deutschland lebende Syrer zu erfahren.</p>

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<i>Asylsyern in Kontakt kommen, denn er hat gemerkt, dass die Ersten die Tugend Deutschlands gelernt haben und den Syrern generell sehr treu sind. Die Tiere gleicher Gattung kommen immer zusammen und das sind Tiere, wie soll es bei Menschen sonst sein?</i>			
6	P11	78	<i>Das Krankenhaus, die Ärzte und der Sprachkurs sowie die Arbeit.</i>	-	Der Proband erhielt Unterstützung durch das Krankenhaus, die Ärzte, einen Sprachkurs und seine Arbeit.	
7	P11	127-129	<i>Aufklärungsprogramme sind sehr wichtig, weil man die psychischen Probleme nicht unterschätzen darf, damit sie nicht noch schlimmer werden. Diese Aufklärungsgespräche können z.B. durch internationale Hilfsorganisationen organisiert werden.</i>	-	Der Proband ist der Ansicht, dass Aufklärungsprogramme über psychische Probleme eine sinnvolle Unterstützungsmöglichkeit wären.	
8	P12	146-150	<i>Die Sprache ist sehr wichtig, deswegen wenn Dolmetscher in der Behandlung zur Verfügung stehen würden, würden sich viele behandeln lassen. Aufklärungsgespräche bringen alleine keinen Nutzen, weil Syrer erstmal alles ins Lächerliche ziehen, aber wenn man reale Beispiele zeigt, z. B. der Cannabisabhängige hat sein Leben durch den Konsum zerstört, dann würden sie sich eher darauf einlassen, sich bei psychischer Erkrankung behandeln zu lassen.</i>	Die Sprache ist wichtig, deshalb sollten in der Behandlung Dolmetscher zur Verfügung stehen, dann würden sich auch viele behandeln lassen. Aufklärungsgespräche allein nutzen nichts, weil Syrer erstmal alles ins Lächerliche ziehen. Aber wenn man reale Beispiele zeigt, würden sie sich eher auf eine psychiatrische Behandlung einlassen.	Der Proband ist der Ansicht, dass mehr Geflüchtete sich behandeln lassen würden, wenn in der Behandlung Dolmetscher zur Verfügung stehen würden. Aufklärungsgespräche allein nutzen nichts, außer, wenn reale Beispiele miteinbezogen werden.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
9	P15	128-133	<i>Hilfe durch muttersprachliche Aufklärung, so ähnlich, wie sie mit mir jetzt, dass es in Ordnung ist, psychisch krank zu sein. Ermutigen durch Flyers, um Kontakt aufzunehmen. Auch die ehrenamtlichen Betreuer können eine Hilfe zur Ermutigung sein, nur nicht die Syrer, weil sie falsches Wissen bzgl. psychischer Erkrankung haben, eben sie denken, man ist verrückt und verbreiten diese schlechte Nachricht ganz schnell. Sie machen aus einer Mücke einen Elefanten.</i>	Hilfe durch Aufklärung in der Muttersprache im Hinblick auf psychische Erkrankung und Behandlung, sowie Ermutigung durch Öffentlichkeitsarbeit wären sinnvoll. Auch ehrenamtliche Helfer können helfen, es sollten jedoch keine Syrer sein, weil sie psychische Erkrankung mit einem kulturellen Stigma verbinden und anderen davon erzählen.	Der Proband erachtet Aufklärung hinsichtlich psychischer Erkrankungen und deren Behandlung, sowie Ermutigungen zur Kontaktaufnahme und Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer als sinnvoll.	

### Hauptkategorie 3: Vulnerabilitätsfaktoren

#### Hauptkategorie 3, Unterkategorie 1: Verlust- und Trennungserfahrungen (*Verlusterfahrungen*)

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	44-56	<i>Das erste Mal war vor ca. 10 Jahren, also vor dem Krieg, als meine beiden Eltern durch einen Unfall verstorben sind, musste ich mit 20 Jahren die Verantwortung für meine kleinen fünf Geschwister übernehmen, also gekocht, gewaschen und gearbeitet, mich um sie rund um die Uhr gekümmert. Ich habe also nicht wirklich wie alle andren jungen Männer gelebt, sondern wie Vater, Mutter und alles. Damals war ich sehr gereizt, wie Schießpulver, oder wie ein aufgeblasener Ballon. Dann kam der Krieg. Mein bester Freund, der mir bei der häuslichen Situation geholfen hat, ist durch einen</i>	Vor 10 Jahren musste ich die Verantwortung für meine fünf kleinen Geschwister übernehmen, nachdem meine Eltern durch einen Unfall verstorben sind. Ich habe rund um die Uhr gearbeitet. Deshalb habe ich nicht wie andere junge Männer gelebt und war sehr gereizt und angespannt. Dann wurde mein bester Freund getötet, der mir geholfen hat, ich habe ihn dann selbst begraben. Ich bin gefoltert worden, mein	Weil der Proband die Verantwortung für fünf jüngere Geschwister übernehmen musste, war er dauerhaft gereizt und angespannt. Dann folgte eine ganze Reihe von traumatischen Erfahrungen, die alles immer schlimmer machen. Durch die Flucht nach Deutschland hat sich hinsichtlich der Angespanntheit keine Besserung ergeben, sondern sie wurde eher noch schlimmer.	Die Trennung von im Herkunftsland verbliebenen Verwandten wird als belastend erlebt, ebenso wie der Verlust dieser Beziehungen durch den Krieg. Dies gilt umso mehr, wenn zudem noch weitere Belastungsfaktoren hinzukommen, wie die Verantwortung für jüngere Geschwister, Schuldgefühle, oder

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<p><i>Bombenangriff getötet worden. Ich habe ihn mit meinen Händen begraben. Ich bin vom Sicherheitsdienst gefoltert worden, sie haben mich gepeitscht (Proband zeigt seine Rückennarben). Mein Cousin wurde geköpft, weil er der IS-Terrormiliz nicht habe beitreten wollen. Entweder bist du einer von ihnen, oder du bist tot. Weiter sind meine fünf Geschwister durch einen Bombenangriff mit Flugzeugen ums Leben gekommen. Ein Trauma nach dem anderen, ich habe mich entschieden zu fliehen. Hier ist es mit der Gereiztheit nicht besser geworden, im Gegenteil.</i></p>	<p>Cousin wurde geköpft und meine Geschwister sind auch ums Leben gekommen. Ein Trauma folgte dem anderen. Hier in Deutschland ist es mit der Gereiztheit nicht besser geworden, im Gegenteil.</p>		<p>die Erwartung der Familie, durch den Probanden unterstützt zu werden.</p>
2	P03	43-52	<p><i>Ich hatte Schuldgefühle, weil ich meine Eltern in Syrien alleine gelassen habe. Man sagt, Schicksal Gottes, aber in dem Fall nicht, denn nachdem der Terror in unserem Land zunahm, habe ich um meine Familie Angst gehabt. Ich war gezwungen, das Land zu verlassen. Bis jetzt vermeide ich es mit meinen Eltern zu telefonieren. Ich höre sie, wenn meine Frau mit ihnen telefoniert. Ich lebe hier in Frieden, Wärme und Sicherheit. Sie dagegen haben dort nicht mal Trinkwasser. Wenn es dazu kommt, mit den Beiden zu sprechen, dann fange ich nicht damit an, wie es ihnen geht, sondern „Habt ihr Heizöl? Habt ihr Wasser? Schaut nach Brennholz!“. Damals, als ich noch in Syrien war,</i></p>	<p>Ich hatte Schuldgefühle, weil ich meine Eltern in Syrien allein gelassen habe. Man sagt, das sei von Gott gewolltes Schicksal, aber in diesem Fall trifft das nicht zu. Ich musste das Land verlassen. Bis heute vermeide ich es, mit meinen Eltern zu sprechen. Ich lebe hier in Frieden, aber sie leben unter schwierigen Umständen. Als ich noch in Syrien war, haben ich und mein Bruder alles für sie organisiert, aber mein Bruder ist auch geflüchtet.</p>	<p>Der Proband hatte Schuldgefühle, weil er seine Eltern, die in Syrien unter schwierigen Umständen leben und die nun niemanden mehr haben, der ihnen hilft, alleine gelassen hat. Durch die Schuldgefühle vermeidet er auch den Kontakt mit seinen Eltern.</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<i>habe ich alles für sie organisiert, mein Bruder und ich, er ist aber auch geflüchtet, schon vor mir. Mein Vater und meine Mutter sind alt und jetzt alleine.</i>			
3	P05	47	<i>Es ist schwierig, ohne Familie zu leben.</i>	-	Getrennt von seiner Familie zu leben belastet den Probanden.	
4	P06	58-67	<i>Jedenfalls bin ich ohne meine Freundin nach Ägypten gereist, nachdem ich meine Eltern enttäuscht habe, studiumstechnisch. Mein Vater wollte dass ich Arzt oder zumindest Ingenieur werde. Als ich in Ägypten war, hat mich meine Freundin verlassen, weil ihre Eltern mit der Fernbeziehung so nicht einverstanden waren, auch mit der Verlobung nicht.</i>	Ich bin ohne meine Freundin nach Ägypten gereist, nachdem ich meine Eltern aus Sicht der von ihnen gewünschten Karriere enttäuscht hatte. Als ich in Ägypten war, hat meine Freundin mich verlassen, weil ihre Eltern mit einer Fernbeziehung und einer Verlobung nicht einverstanden waren.	Die Freundin des Probanden trennte sich auf Wunsch ihrer Eltern vom Probanden, nachdem dieser alleine nach Ägypten gereist war.	
5	P06	71-74	<i>Reiseziel war diesmal der Libanon. Dort habe ich viele Schwierigkeiten gehabt, eine schreckliche Phase. Ich habe viel geweint, war traurig und habe Alkohol missbraucht. Gründe waren für mich wieder die Sehnsucht nach der Freundin, die mittlerweile verheiratet war.</i>	Im Libanon habe ich viele Schwierigkeiten gehabt, habe viel geweint und habe Alkohol missbraucht. Gründe waren für mich die Sehnsucht nach der mittlerweile verheirateten Freundin.	Durch die Sehnsucht nach seiner Freundin hatte der Proband emotionale Probleme und missbrauchte Alkohol.	
6	P10	21-22	<i>Ich bin alleine ohne meine Frau nach Deutschland gekommen, nichts habe ich von Daheim mitgenommen,</i>	-	Der Proband ist alleine, ohne seine Frau nach Deutschland gekommen.	
7	P10	100-101	<i>Nur das Herumsitzen ist tödlich, während meine Frau in Aleppo lebt und ich hier alleine.</i>	-	Trennung von der Frau und mangelnde Beschäftigung belasten den Probanden.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8	P12	58-63	<i>Aus Angst verlassen zu werden, gehe ich seit dem Tod meiner Eltern und der Geschichte mit der türkischen Frau keine Beziehungen mehr ein und wenn ich das tue, versuche ich, schnell die Beziehung zu beenden. Das war mit einer syrischen Frau vor kurzem der Fall, wobei sie am Ende Schluss gemacht hat. Ich habe die Trennung nicht akzeptiert. Ich saß mit einem Freund und hatte die Gedanken „viele haben Glück im Leben, ich nicht, ich bin alleine“.</i>	Aus Angst, verlassen zu werden, gehe ich keine Beziehungen mehr ein oder versuche, diese schnell wieder zu beenden. Das war vor kurzem mit einer syrischen Frau der Fall. Ich habe die Trennung nicht akzeptiert und hatte negative Gedanken.	Der Proband geht aus Angst, verlassen zu werden, keine Beziehungen mehr ein.	

### Hauptkategorie 3, Unterkategorie 2: Soziale Isolation, soziale Ablehnung, mangelnde soziale Unterstützung (*Soziale Isolation*)

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	77-78	<i>Niemand hat mir geholfen meine psychische Belastung zu überwinden, ich habe mich hilflos gefühlt.</i>	-	Der Proband erfuhr keine Unterstützung beim Umgang mit seiner Erkrankung.	Soziale Isolation, soziale Ablehnung und mangelnde soziale Unterstützung werden ebenfalls
2	P03	71-74	<i>Die Deutschen denken vielleicht nicht daran. Sie denken nicht, dass dieser Flüchtling ein Leben hatte. Er hatte eine Zukunft. Wie sie mit den Flüchtlingen umgehen, führt oft zur Frustration. Sie unterstützen die Flüchtlinge nicht im Sinne der Beschäftigung nach ihrer Ankunft.</i>	Die Deutschen denken vielleicht nicht daran, dass jeder Flüchtling ein Leben und eine Zukunft hatte. Wie sie mit Flüchtlingen umgehen, führt oft zu Frustration. Sie sollten Flüchtlingen nach ihrer Ankunft eine Beschäftigung geben, um sie zu unterstützen.	Die Deutschen führen sich nicht vor Augen, dass jeder Flüchtling ein echtes Leben und eine Zukunft hatte und unterstützen ihn nicht ausreichend.	durchwegs als belastend, bzw. als die bestehenden Probleme verschärfend erlebt. Diese Umstände werden sowohl dann als belastend erlebt, wenn sie in der weiten Vergangenheit liegen, als auch

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
3	P03	83	<i>Niemand hat mir geholfen als ich psychisch angeschlagen war.</i>	-	Der Proband erfuhr bei seiner psychischen Erkrankung zunächst keine Unterstützung	dann, wenn sie aktuell bestehen. Zudem zeigt sich eine negative
4	P05	28-30	<i>Dann kommt die Familie in Syrien und setzt mich unter Druck. Sie sagen am Telefon so was wie „du willst nicht, dass wir nach Deutschland kommen“, als hätte ich hier das Sagen.</i>	Meine Familie in Syrien setzt mich unter Druck, sie nach Deutschland nachzuholen, als ob ich das entscheiden könnte.	Druck durch die Familie belastet den Probanden.	Wirkung sowohl durch Ablehnung auf gesellschaftlicher, als auch auf individueller Ebene. Auch hier wird der negative Effekt durch weitere Faktoren (z.
5	P05	79-80	<i>Dann kommt die Mama und sagt am Telefon „hier in Hom geht es uns schlecht, schick uns Geld, hol uns nach Deutschland!“. Sie denken, mir geht es hier gut</i>	-	Der Proband erfährt durch seine Familie Druck, sie nach Deutschland nachzuholen.	B. Druck durch die Familie) weiter verschärft.
6	P06	20-26	<i>Damals war ich ständig unter Druck, ausgehend von meinem Vater, der mich geschlagen hat, also heftig geohrfeigt. Ich kann mich daran erinnern, dass er mich mit 8 Jahren das erste Mal heftig geprügelt hat und auch später als ich älter wurde, hat er mich nicht gut behandelt, nicht wie man es so kennt, „wenn dein Sohn alt wird, mach ihn zu deinem Bruder“. (Metapher und bedeutet: Behandle deinen Sohn wie einen Erwachsenen). Im Gegenteil, er hat mir gar keine Freiheit geschenkt, pingelig hat er mich bei jeder kleinen Angelegenheit abgefragt und ständig kritisiert.</i>	Damals war ich ständig unter Druck, der durch meinen Vater erzeugt wurde. Er hat mich geschlagen, das erste Mal mit 8 Jahren. Auch, als ich älter wurde, hat er mich nicht gut behandelt, wie es üblich ist. Im Gegenteil, er gab mir keine Freiheiten, war pingelig und hat mich ständig kritisiert.	Der Proband wurde von seinem Vater seit dem 8. Lebensjahr geschlagen und schlecht behandelt.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
7	P06	29-32	<i>Er hat gewollt, dass ich gleich reif werde. Er hat mich eine Religionsschule besuchen lassen, mit dem zusätzlichen Schwerpunkt der Naturwissenschaft, obwohl ich es so nicht wollte. Das Scheitern war deswegen auch vorprogrammiert, es war einfach zu viel.</i>	Mein Vater wollte, dass ich reif werde und hat mich die Religionsschule besuchen lassen, obwohl ich das nicht wollte. Das Scheitern war deshalb vorprogrammiert.	Der Vater des Probanden schickte ihn zur Religionsschule, obwohl dieser das nicht wollte.	
8	P06	37-39	<i>Ich wurde von den Mitschülern gehänselt, das hat mich traurig gemacht, ich war derjenige, der einer der Besten war und werde jetzt ausgelacht</i>	-	Der Proband wurde in der Abendschule gehänselt und ausgelacht.	
9	P06	43-45	<i>Statt mein Vater mir gegenüber Verständnis zeigt, hat er mich mehr unter Druck gesetzt. Hier hat er mich so lange geschlagen, bis er mir einmal sogar den Arm brach. Er hat meine Erkrankung nicht akzeptiert.</i>	Mein Vater setzte mich unter Druck, statt Verständnis zu zeigen und hat mich einmal sogar so heftig geschlagen, dass er mir den Arm brach. Er hat meine Erkrankung nicht akzeptiert.	Der Proband wurde von seinem Vater, der die Erkrankung des Probanden nicht akzeptieren konnte, brutal geschlagen.	
10	P11	26-30	<i>Meine Chefin im Geschäft hat von mir verlangt, zusätzlich den Integrationskurs zu machen. Ich habe also beides gemacht, den Kurs und die Arbeit, eigentlich ohne Probleme, bis ich eine neue Arbeitskollegin bekam. Diese hat mich die ganze Zeit kritisiert, meine Arbeit sei nicht gut, ich sei unkonzentriert. Sie hat mich runtergemacht.</i>	Meine Chefin hat verlangt, dass ich gleichzeitig arbeite und einen Integrationskurs absolviere. Das habe ich auch gut geschafft, bis ich eine neue Arbeitskollegin bekam, die mich und meine Arbeit die ganze Zeit kritisiert und runtergemacht hat.	Soziale Ablehnung durch eine Arbeitskollegin beeinträchtigte den Probanden.	
11	P14	56-57	<i>Mir fehlen hier Freunde. Die Leute in der Sprachschule sind entweder sehr alt oder nur Männer.</i>	-	Der Probandin fehlt es subjektiv an sozialer Unterstützung.	

**Hauptkategorie 3, Unterkategorie 3: Umgebungsbedingungen und strukturelle Bedingungen (*Umgebungsbedingungen*)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P03	30-34	<i>Die Lebensumstände und Wohnverhältnisse, wir hatten eine gemeinsame Küche und ein gemeinsames Bad mit vielen anderen Flüchtlingen. Auch wenn diese Flüchtlinge aus Syrien kamen, gab es viele Probleme mit dem Teilen. Solche Angelegenheiten akzeptiert unser Volk kulturell bedingt nicht. Ich selber habe eigentlich kein Problem damit, z. B. das Bad mit anderen zu teilen, aber meine Frau und mein Sohn schon.</i>	Die Lebens- und Wohnverhältnisse im Asylbewerberheim mit geteilten Räumen führten zu Problemen, da das Teilen von Räumen in Syrien kulturell bedingt nicht üblich ist. Persönlich habe ich kein Problem damit, aber meine Frau und mein Sohn schon.	Die Notwendigkeit des Teilens von Räumen im Asylbewerberheim führte dazu, dass der Proband sich schlecht fühlte.	Häufige belastende Umgebungsbedingungen sind Sprachbarrieren, im Hinblick auf die Behandlung von Erkrankungen aber insbesondere auch mangelndes Wissen über das Gesundheitssystem in Deutschland, Kostenübernahmeregöglichkeiten und Möglichkeiten der Behandlung. Des Weiteren wird ein hoher Grad an Bürokratisierung, bzw. lange Bearbeitungs- und Entscheidungszeiten in den Behörden als belastend erlebt.
2	P03	57-59	<i>Ich saß ein Jahr lang und habe auf die gerichtliche Entscheidung meines Asylverfahrens gewartet, das alles nur für den Termin zur Erstvorstellung.</i>	Ich habe ein ganzes Jahr lang auf die Entscheidung meines Asylverfahrens und den Termin für die Erstvorstellung warten müssen.	Der Proband musste lange warten, bis sich in seinem Fall juristisch etwas bewegte.	Wohl auch aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Differenzen reagieren Mitarbeiter von Behörden zum Teil auch mit Unverständnis oder machen Druck. Belastend sind auch die Wohnverhältnisse in
3	P03	86-90	<i>Ich glaube nicht, dass jemand bei dieser Angelegenheit mir helfen kann. Die ehrenamtlichen Betreuer im Heim sind zwar hilfsbereit, z. B. durch ein Lächeln bzw. Zuhören, auch wenn man weiß, sie verstehen einen eigentlich nicht. Das sind aber nur Kleinigkeiten von Laien, die einem psychisch Kranken eigentlich nicht wirklich helfen. Diese Leute würden nicht verstehen, wie ein psychisch Kranker wirklich denkt bzw. lebt.</i>	Ich glaube nicht, dass mir jemand bei dieser Angelegenheit helfen kann. Die ehrenamtlichen Betreuer sind zwar hilfsbereit, aber sie können nicht verstehen, wie ein psychisch Kranker denkt und lebt, weshalb diese Laienhilfe nicht wirklich hilft.	Der Proband glaubt nicht, dass Hilfe durch freiwillige Betreuer für einen psychisch ernsthaft Erkrankten ausreichend ist.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
4	P03	97-103	<p><i>Die Bürokratie, z. B. sie sind Arzt und Flüchtling aus Syrien. Sie bekommen keine schnelle Unterstützung zwecks Arbeit. Auch Sie, trotz des guten Berufes, warten ewig, bis Sie Ihren Beruf ausüben. Sie verlieren Zeit und der deutsche Staat kann von Ihnen nicht profitieren. Psychisch werden Sie also krank, weil Sie einfach Ihre soziale Rolle verlieren. Dann kommen die Beamten noch dazu, die das alles nicht interessiert, wenn sie zu einem Beamten gehen, zur Klärung eines Sachverhaltes. Er nimmt keine Rücksicht darauf, dass Sie nur seit sechs Monaten Deutsch lernen und wird schnell ungeduldig und grantig.</i></p>	<p>Die Bürokratie stellt eine Barriere dar. Man bekommt keine schnelle Unterstützung und verliert Zeit, bevor man seinen Beruf ausüben darf. Der deutsche Staat kann dann auch nicht von der Arbeit profitieren. Man wird psychisch krank, weil man seine soziale Rolle verliert. Die Beamten interessiert das alles nicht, sie nehmen keine Rücksicht auf die Umstände und werden schnell ungeduldig und grantig.</p>	<p>Die langsamen, bürokratischen Prozesse und Unverständnis bzw. Ungeduld seitens der Beamten stellen eine Barriere für die Hilfe dar.</p>	<p>den Erstaufnahmeeinrichtungen und Beschäftigungslosigkeit. Generell wird die (sprachbezogene und medizinische) Unterstützung durch freiwillige Helfer als nicht ausreichend, bzw. nicht ausreichend professionell erlebt. Die freiwillige Unterstützung sollte zudem bevorzugt durch Fachkräfte arabischer Herkunft erfolgen.</p>
5	P03	109-113	<p><i>Ich meine mit Bürokratie nicht nur die deutsche Bürokratie, sondern auch die Bürokratie in unserem Land. Da hilft dir die Caritas nicht, bis auf Erhalt der Adressen verschiedener Botschaften (Proband lächelt ironisch). Ich bin psychisch krank und bekomme Ärger von allen Seiten, deutsche wie arabische Bürokratie. Die Beamten merken es nicht, dass ich psychisch am Ende bin.</i></p>	<p>Ich meine sowohl die deutsche als auch die syrische Bürokratie. Die Caritas hilft nicht, abgesehen vom Beschaffen von Adressen. Ich bin psychisch krank, aber niemand merkt das und ich bekomme Ärger von allen Seiten.</p>	<p>Langwierige und zähe bürokratische Prozesse belasten den Probanden und behindern die Hilfeleistung.</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
6	P03	118-122	<i>Ja, die Sprache! Außerdem habe ich es auch nicht erlebt, dass Ärzte uns im Heim helfen würden, obwohl man generell weiß, dass die Europäer sich für psychische Erkrankungen und deren Behandlung interessieren. Andererseits wenn eine Behandlung in der Psychiatrie ermöglicht werden würde, würde der Kranke erstmal denken, später gehe ich zum Arzt, so halt wie der Mensch ist: "Es werde von allein besser.</i>	Die Sprache stellt eine Barriere dar. Europäische Ärzte helfen einem im Heim nicht, obwohl sie sich mit psychischen Erkrankungen auskennen. Andererseits würden viele Kranke das Angebot einer psychiatrischen Behandlung zunächst nicht annehmen, weil sie denken würden, dass es von selbst besser werden wird.	Die Sprache stellt eine Barriere dar und es findet keine ausreichende ärztliche Betreuung bei psychischen Erkrankungen statt. Allerdings würde ein solches Behandlungsangebot wohl auch in vielen Fällen zunächst nicht angenommen werden.	
7	P03	192-200	<i>Wahrscheinlich sind die Sprache und die ehrenamtlichen Betreuer anfangs sehr hilfreich, nur mit System, bevor man überhaupt psychisch krank wird. Die ersten zwei Monate waren ein totales Durcheinander. Die Betreuer haben sich Mühe gegeben und den Asylsuchenden die Sprache beibringen wollen, nur die Asylsuchende waren bzgl. des Alters, Sprachkenntnisse und Moral sehr unterschiedlich, alle auf einem Haufen und ohne System. Sie waren laut und belästigend, besonders wenn die ehrenamtliche Betreuerin eine hübsche junge Dame war. So war das Nutzen von der Intervention sehr gering. Auch Syrer, die schon lange in Deutschland leben, kamen nicht. So was braucht Geld und Zeit.</i>	Die Sprache zu sprechen und Hilfe durch ehrenamtliche Helfer sind am Anfang wahrscheinlich hilfreich, aber die Hilfe muss mit System erfolgen und bevor man krank wird. Die ersten zwei Monate waren ein totales Durcheinander, bei den Sprachkursen fehlte es an Ordnung und System, weshalb der Nutzen sehr gering war. Auch gab es keine Hilfe von Syrern, die schon lange in Deutschland leben.	Didaktisch professionell organisierte Sprachkurse und Hilfe durch ehrenamtliche Helfer können vor allem direkt nach der Ankunft in Deutschland helfen, einer Erkrankung vorzubeugen, aber diese Hilfen müssen auf sinnvolle Art und Weise und mit System erfolgen.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8	P05	25-28	<i>Ich habe viele Probleme mit den Lebensumständen, Probleme mit dem Jobcenter, die Zeit ist immer knapp. Keiner kümmert sich um mich. Ich habe nicht mal Zeit zum Jobcenter zu gehen und meine Papiere zu erledigen, zwecks Mietzahlung und Arbeit. Ich gehe von Zuhause aus zur Schule und von der Schule nach Hause.</i>	Ich habe viele Probleme mit dem Jobcenter, keiner kümmert sich um mich und die Zeit reicht kaum, dorthin zu gehen, um Papiere zu erledigen für die Miete und um Arbeit zu finden. Ich gehe von zuhause zur Schule und von der Schule nach Hause.	Der Proband hat viel Zeitdruck und bekommt keine Hilfe, wodurch er Angelegenheiten beim Jobcenter nicht erledigen kann.	
9	P05	30-31	<i>Im Jobcenter wird von mir verlangt, arbeiten zu gehen, um die Miete zu bezahlen. Sie sagen: „Geh arbeiten! Geh nicht zur Schule!“</i>	Im Jobcenter wird von mir verlangt, arbeiten zu gehen statt zur Schule zu gehen.	Das Jobcenter übt Druck auf den Probanden auf, arbeiten zu gehen.	
10	P05	61-65	<i>Ich bin aber dann 18 Jahre alt geworden und das Jugendamt meinte, wir zahlen nichts mehr. Weder für die Ausbildung noch für den Heimplatz. Also habe ich nach einer Wohnung gesucht, ohne Erfolg. Ich bin in einem Asylheim in Günzburg gelandet und habe viele schlechte Leute kennengelernt, zwei Marokkaner und ein Russe, die mit Drogen und Waffenhandel zu tun hatten.</i>	Nachdem ich 18 geworden war, zahlte das Jugendamt nicht mehr für Ausbildung oder Heimplatz. Ich suchte ohne Erfolg nach einer Wohnung und bin dann in einem Asylheim gelandet, wo ich schlechte Leute kennengelernt habe, die mit Drogen- und Waffenhandel zu tun hatten.	Nachdem er 18 geworden war, fiel für den Probanden ein Großteil der Unterstützung weg, wodurch sich seine Lebensumstände verschlechterten und er in ein schlechtes soziales Umfeld geriet.	
11	P05	76-79	<i>Ich habe kein Geld, weil das Jobcenter nicht mehr zahlt. Die Mietschulden für die Regierung Bayern haben sich angesammelt. Im Jobcenter hat mir einer gesagt, „Selbst Deutsche schaffen die Schule nicht, suche dir eine Arbeit!“, obwohl ich gute Noten in der Schule habe.</i>	Ich habe kein Geld, weil das Jobcenter nicht mehr zahlt, deshalb habe ich Mietschulden. Im Jobcenter hat man mir nahegelegt, nicht zur Schule, sondern arbeiten zu gehen, obwohl ich gute Noten habe.	Der Proband erhält kein Geld mehr vom Jobcenter und soll sich laut dem Jobcenter lieber eine Arbeit suchen, als zur Schule zu gehen.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
12	P05	123-127	<i>Wie gesagt, die Angst vor dem Mitpatienten und manchen Ärzten. Dreimal habe ich versucht mich freiwillig behandeln zu lassen, auf dem Weg habe ich meine Betreuer immer darum gebeten, mich nach Hause zurück zu bringen, ich konnte es einfach nicht. Wenn ich gezwungen werde im Krankenhaus zu bleiben, so wie das letzte Mal, verlange ich nach Schlafmittel, um zu schlafen, weil die Angst mich schlaflos macht.</i>	Die Angst vor Mitpatienten und vor manchen Ärzten hält mich davon ab, mich behandeln zu lassen. Ich habe es dreimal versucht, konnte es aber nicht. Wenn ich gezwungen werde, im Krankenhaus zu bleiben, brauche ich vor lauter Angst Schlafmittel.	Die Angst vor anderen Probanden im Krankenhaus sowie vor manchen Ärzten halten den Probanden von einer Behandlung ab.	
13	P06	74-77	<i>Zusätzlich waren meine Lebensumstände: ein Desaster, tödliche Einsamkeit, keine Arbeit, kein Geld. Mein Vater, der schon seit der Ägyptenzeit festgenommen worden war, ist in Haft verstorben. Hier hatte ich großen Zweifel an die Menschheit, kein Vertrauen mehr aufbauen können.</i>	Meine Lebensumstände waren ein Desaster, Einsamkeit, keine Arbeit, kein Geld. Mein Vater war in Haft verstorben. Ich zweifelte an der Menschheit und konnte kein Vertrauen mehr aufbauen.	Widrige Lebensumstände belasteten den Probanden zusätzlich zur Trennung von Freundin und Familie.	
14	P08	87-89	<i>Finanzielle Barriere in erster Linie, weil der Asylbewerber nicht weiß, dass er krankenversichert ist und dass er Recht wie alle anderen auf eine Behandlung hat, oder generell, dass diese Kosten durch die Versicherung abgedeckt sind.</i>	Es bestehen finanzielle Barrieren gegen formelle Hilfe, da viele Asylbewerber nicht wissen, dass sie krankenversichert sind und ein Recht auf eine Behandlung haben.	Asylbewerber wissen oft nicht, dass sie auch krankenversichert sind und die Kosten für eine Behandlung übernommen werden.	
15	P09	53-55	<i>Die Regierung hat uns gar nicht unterstützt, das ist nochmal eine negative Überraschung bei unserer großen Erwartungshaltung, die zur Zurückhaltung führt.</i>	-	Es gab keine Unterstützung durch die Regierung, was der Erwartungshaltung widersprach und zur Zurückhaltung beiträgt.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
16	P09	58-59	<i>Das Unwissen, dass es so etwas gibt bzw. wo ich die Hilfe bekommen kann. Auch die Sprache stellt ein großes Hindernis dar. Das sind die wichtigsten Sachen, zumindest was mich betrifft.</i>	Das Unwissen, welche Hilfe es gibt und wo man sie bekommt, so wie die Sprache stellen ein Hindernis für Hilfe dar.	Unwissen über Hilfsangebote und Sprache sind Hindernisse für bessere Hilfe bei Erkrankung.	
17	P09	96-100	<i>Hilfe durch Aufklärungsprogramme, dass solche Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Solche Programme fehlen komplett zurzeit. Ich bin mir sicher, wenn die Leute wissen würden, dass sie behandelt werden könnten, würden sie kommen. Außerdem soll die Regierung die Asylbewerber fair trennen und nicht die, die aus dem Krieg kommen, mit denjenigen, die kriminell und mit Drogen handeln zusammentun.</i>	Aufklärungsprogramme über Behandlungsmöglichkeiten würden helfen, fehlen derzeit aber komplett. Wenn Leute wüssten, dass sie sich behandeln lassen können, würden sie das auch machen. Außerdem sollte die Regierung Asylbewerber nach Kriegsflüchtlingen und anderen Migranten trennen.	Aufklärungsprogramme über Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen würden helfen, fehlen aber noch. Wünschenswert ist zudem eine räumliche Trennung von Flüchtlingen und anderen Migranten.	
18	P10	68-69	<i>Ja, das Unwissen und die fehlende Sprache. Ohne ihn hätte ich bis jetzt keinen Zahnarzt gesehen, auch keinen Psychiater.</i>	-	Unwissen über das Gesundheitssystem in Deutschland und fehlende Sprachkenntnisse sind Barrieren für Hilfe.	
19	P11	29-34	<i>In der Zeit habe ich zufällig irgendwann im Januar 2018 Urlaub gehabt. Der Urlaub war für mich dann tödlich, ohne Arbeit bekam ich wieder die schlechten Gedanken und die Leere und gleichzeitig das Grübeln über unwichtige Sachen. Kleinigkeiten sah ich wieder sehr groß wie z. B. die Sachen, die mir die Kollegin gesagt hat. Das ist jetzt also die dritte Phase mit allen Beschwerden, die ich früher hatte.</i>	Der Urlaub war nicht gut für mich, weil ich ohne Arbeit wieder auf schlechte Gedanken kam und Leere und Grübeln über eigentlich unwichtige Dinge diese Dinge plötzlich wieder größer erscheinen ließen. Alle Beschwerden, die ich früher hatte, kehrten zurück.	Ohne die tägliche Arbeit kehrten die früheren Symptome des Probanden zurück.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
20	P11	83-84	<i>Die Sprache und das Unwissen darüber, wie ich eine Behandlung bekomme und mit welchen Verkehrsmitteln ich zur Behandlung kommen kann, stellen die Haupthindernisse dar.</i>	-	Der Proband sieht Sprachbarrieren, sowie das Unwissen über das Gesundheitssystem und mögliche Verkehrsmittel als Haupthindernisse, die einer Hilfe entgegenstehen.	
21	P12	38-40	<i>Durch das Herumsitzen Zuhause habe ich immer wieder Suizidgedanken gehabt und mein Zustand hat sich nicht gebessert.</i>	-	Beschäftigungslosigkeit verschlimmerte die Suizidgedanken des Probanden.	
22	P12	95-97	<i>Ich versuche Hilfe in Anspruch zu nehmen, werde aber immer wieder mit zwei Problemen konfrontiert: a) Die Sprache b) ..</i>	-	Sprachbarrieren behindern für den Probanden die Inanspruchnahme von Hilfe.	
23	P13	112-119	<i>Das erste Problem ist, dass man denkt, es wird irgendwann besser. Das führt aber manchmal zur Verschlechterung, weil man nicht so schnell Hilfe in Anspruch nimmt. Daher ist es gut, wenn man früh gefragt wird und Hilfe angeboten bekommt, z. B. von Übersetzern oder Ehrenamtliche, die sich damit auskennen. Eine engere Betreuung ist eine Voraussetzung. Ich stelle mir das so vor: Ich bekomme die Angstatacke und bekomme gleichzeitig eine professionelle Hilfe von einem Psychiater, bestenfalls arabischer Herkunft, damit er mir erklärt, was mit mir passiert und was ich zu tun habe um mich zu beruhigen. Das gibt es leider nicht.</i>	Das erste Problem ist, dass man denkt, es wird irgendwann besser, aber das führt dazu, dass es nur noch schlimmer wird, weil man nicht schnell genug Hilfe in Anspruch nimmt. Deshalb ist es gut, wenn man früh gefragt wird und professionelle Hilfe angeboten bekommt, im besten Fall von Fachleuten arabischer Herkunft. Das gibt es aber leider nicht.	Der Proband wünscht sich eine frühzeitige, proaktive Unterstützung durch Fachleute arabischer Herkunft.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
24	P14	63	<i>Am Anfang war es die Sprache und ich wusste auch nicht, wie ich überhaupt Hilfe bekomme.</i>	-	Sprachbarrieren und fehlendes Wissen über Hilfsmöglichkeiten behinderten den Probanden am Anfang beim Umgang mit seiner Erkrankung.	
25	P14	101-105	<i>Manchmal haben die Menschen aus Unwissen über die Psychiatrie Angst. Es reicht, wenn man Psychiatrie hört, so ähnlich als Sie mich angerufen haben, aber als Sie mit mir geredet haben, war es nicht mehr so schwierig, die Psychiatrie zu akzeptieren. Hauptsache ich bekomme Hilfe und habe weniger Schmerzen. So brauchen wir eine direkte Aufklärung darüber, was psychisch krank wirklich bedeutet, um die Angst und die Zweifel zu minimieren.</i>	Manchmal haben die Menschen aus Unwissen über die Psychiatrie Angst, aber nachdem ich darüber aufgeklärt wurde, war es nicht mehr so schwer, die Behandlung zu akzeptieren. Hauptsache, ich bekomme Hilfe und habe weniger Schmerzen. Wir brauchen also eine Aufklärung darüber, was psychisch krank zu sein wirklich bedeutet, um diese Ängste und dies Zweifel zu minimieren.	Manche Menschen akzeptieren aus Unwissenheit über Psychiatrie und psychische Krankheiten keine psychiatrische Behandlung, deshalb ist Aufklärung über diese Dinge wichtig.	

**Hauptkategorie 4: Offenlegungsvorbehalte****Hauptkategorie 4, Unterkategorie 1: Soziale Vorbehalte und Rollenkonflikte (Soziale Vorbehalte)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	148-153	<i>Ich erzähle eigentlich niemandem, sogar meiner Frau nicht, wahrscheinlich von meiner Persönlichkeit, oder ich habe es niemandem erzählt, weil ich niemanden gefunden habe, oder vielleicht weil ich mich nicht bemüht habe, jemanden zu finden. Ich weiß es nicht. Auch wenn ich zum Arzt gehe, sage ich, ich habe Kopfweh, Herz- oder Rückenschmerzen. Ich sage ihm nicht, es geht mir psychisch zurzeit schlecht, eben wegen der zwei Gründe, die ich vorher genannt habe.</i>	Ich erzähle noch nicht einmal meiner Frau von meiner Erkrankung, wahrscheinlich weil das einfach meiner Persönlichkeit entspricht, oder vielleicht auch, weil ich niemanden finde, mit dem ich darüber reden kann. Dem Arzt sage ich auch nicht, dass es mir psychisch schlecht geht, sondern schildere ihm nur meine körperlichen Symptome.	Der Proband redet mit niemandem über seine Erkrankung und vermutet, dass das auf seine Persönlichkeit zurückzuführen ist, oder darauf, dass er niemanden findet, um darüber zu reden.	Im Vordergrund steht hier eine Furcht vor Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung, sowie auf sich selbst bezogen auch ein Schamgefühl. In den meisten Fällen betrifft diese Furcht den Probanden selbst, teilweise aber auch andere Familienmitglieder (z. B. Furcht, dass die Töchter keinen Mann finden werden, wenn ihre Mutter psychisch erkrankt ist). Teilweise wird auch befürchtet, das Sorgerecht über die eigenen Kinder zu verlieren. Andere Probanden erzählen Freunden oder Familienmitgliedern von ihrer Erkrankung, bezeichnen sie aber dabei nicht als Erkrankung. Nur wenige Probanden geben andere soziale Motive an (z.
2	P02	74-76	<i>Ich schäme mich und habe Angst, dass mir die Kinder weggenommen werden, vom Jugendamt. Die Beamten dort würden denken, ich bin nicht in der Lage, meine Kinder zu erziehen. Sie nehmen mir meine Kinder weg.</i>	Ich schäme mich und habe Angst, dass das Jugendamt mir die Kinder wegnimmt, weil sie denken, ich bin nicht in der Lage, meine Kinder zu erziehen.	Die Probandin befürchtet, das Sorgerecht über ihre Kinder zu verlieren, wenn sie ihre Krankheit offenlegt.	
3	P03	138	<i>Dass interessiert mich überhaupt nicht.</i>	-	Die Einstellung anderer zu einer psychiatrischen Behandlung ist dem Probanden gleichgültig.	
4	P03	169-171	<i>Ich habe mit meinen Freunden in Syrien über meine psychische Krise gesprochen, ich habe nicht konkret gesagt ich bin psychisch krank, sondern gesagt, dass es mir nicht gut geht, aber immer noch mit der Krise allein zurechtkomme.</i>	Ich habe meinen Freunden aus Syrien von meiner psychischen Krise erzählt, habe dabei aber nicht direkt gesagt, dass ich psychisch krank bin, sondern nur, dass es mir nicht gut geht, obwohl ich mit der Krise alleine zurechtkomme.	Der Proband hat seinen Freunden erzählt, dass es ihm nicht gut geht, aber nicht, dass er psychisch erkrankt ist.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
5	P04	112-119	<i>Ich erzähle nur meinem Mann und meinen Freunden von meiner psychischen Belastung, ich gehe zu meiner Nachbarin und erzähle ihr, wie ich mich fühle, bevor ich explodiere. Ich behalte sonst alles für mich, sonst würden die Leute sagen: das sind die Töchter der Epileptikerin. Keiner wird um die Hand meiner Töchter anhalten, aus Angst, dass diese auch das gleiche Problem haben, oder haben werden. Wenn jemand jetzt erfährt, ich bin bei einem Psychiater gewesen, dann würde das für ihn bedeuten: Ich bin verrückt. So sind die arabischen Bräuche, es sei denn, jemand ist gebildet. Hier könnte er wissenschaftlich verstehen, was es wirklich bedeutet, psychisch krank zu sein.</i>	Ich erzähle nur meinem Mann und meinen Freunden von meiner psychischen Erkrankung, ansonsten behalte ich alles für mich, aus Angst davor, dass die Leute über meine Töchter schlecht reden und sie sozial ausgegrenzt werden, weil sie das gleiche Problem haben könnten. Wenn jemand erfährt, dass ich beim Psychiater gewesen bin, würde das für denjenigen bedeuten, dass ich verrückt bin. So sind die arabischen Bräuche, außer, jemand ist gebildet. Dann versteht er psychische Krankheit vielleicht besser.	Die Probandin erzählt aus Furcht vor sozialer Stigmatisierung und Ausgrenzung ihrer Töchter nur ihrem Mann und ihren Freunden von ihrer Erkrankung. In ihrer Kultur wird Epilepsie mit Verrücktheit gleichgesetzt, weshalb sie nicht möchte, dass jemand erfährt, dass sie bei einem Psychiater war.	B., aufgrund der eigenen Persönlichkeitsstruktur generell nicht über derartige Dinge zu reden oder geben an, keine sozialen Vorbehalte gegen eine Offenlegung zu hegen.
6	P05	146-148	<i>Ich erzähle niemandem. Psychisch krank ist bei uns wie ein Schimpfwort. Deswegen mag ich es auch nicht, wenn mich jemand mit psychisch krank bezeichnet. Mir ist es peinlich und ich mach mir Sorgen um meinen Ruf, weil wir in Syrien eine sehr bekannte Familie sind.</i>	Ich erzähle niemandem von meiner Erkrankung, denn psychisch krank zu sein ist bei uns wie ein Schimpfwort. Mir wäre es peinlich, als psychisch krank bezeichnet zu werden und ich mache mir Sorgen um meinen Ruf, weil wir in Syrien eine bekannte Familie sind.	Scham und die Angst vor sozialer Ächtung oder dem Verlust von sozialem Status (seines eigenen und dem seiner Familie) halten den Probanden davon ab, anderen von seiner psychischen Erkrankung zu erzählen.	
7	P07	69	<i>Mir ist es peinlich, weil ich verrückt bin.</i>	-	Seine Erkrankung ist dem Probanden peinlich.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8	P09	77-79	<i>Ich erzähle von meinen psychischen Problemen nur bei einem Freund. Das ist die einzige Person, der ich vertraue. Das fehlende Vertrauen an die Menschheit führt dazu, dass ich lieber mit niemandem anderen darüber spreche.</i>	Ich erzähle nur meinem Freund von meinen psychischen Problemen, weil er die einzige Person ist, der ich vertraue. Fehlendes Vertrauen in andere Menschen führt dazu, dass ich lieber mit niemand anderem darüber spreche.	Fehlendes Vertrauen in andere Menschen führt dazu, dass der Proband nur seinem Freund von seinen psychischen Problemen erzählt.	
9	P09	85-86	<i>Ich würde mich ärgern, weil die Leute sich lustig über mich machen würden oder sagen würden, ich sei verrückt.</i>	-	Der Proband würde sich ärgern, wenn andere von seiner psychiatrischen Behandlung erfahren, weil diese dächten, er sei verrückt.	
10	P10	85	<i>Nur meiner Frau, denn mir ist es in diesem Alter einfach peinlich.</i>	-	Der Proband würde aus Scham nur seiner Frau von seiner Erkrankung erzählen.	
11	P11	108-113	<i>Es ärgert mich. Jetzt denke ich fast täglich darüber nach, was ich meinen Kollegen sage, wenn ich zurückkomme. Meine Chefin hat mich besucht und die Anderen wissen bestimmt, dass ich in psychischer Behandlung bin. Mir ist es peinlich und ich habe Angst vor meiner Rückkehr, obwohl ich weiß, dass jeder der solche Lebensumstände durchlebt, gefährdet ist, psychisch krank zu werden. Vorteile, wie z. B. ich würde durch meine Erkrankung einen Aufenthaltstitel bekommen, haben mir manche Asylbewerber unterstellt, das tat weh.</i>	Es ärgert mich, wenn andere von meiner psychiatrischen Behandlung wissen. Ich denke ständig darüber nach, was meine Kollegen sagen, wenn ich zurückkomme. Alle wissen bestimmt, dass ich in psychiatrischer Behandlung bin. Mir ist das peinlich, deshalb habe ich Angst vor meiner Rückkehr, obwohl ich weiß, dass Menschen, die solche Lebensumstände durchleben, gefährdet sind,	Sich einer psychiatrischen Behandlung zu unterziehen, ist dem Probanden peinlich und er sorgt sich darum, was seine Kollegen über ihn sagen. Auch die Unterstellungen durch andere Asylbewerber belasten ihn.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
				psychisch zu erkranken. Als andere Asylbewerber mir unterstellten, ich wolle durch meine Erkrankung nur einen Aufenthaltstitel bekommen, tat das weh.		
12	P12	118-122	<p><i>Ich erzähle jeder Person vorausgesetzt:</i></p> <p>a) <i>Sie kennt mich nicht aus Syrien.</i></p> <p>b) <i>Sie kennt nicht meine Familie.</i></p> <p><i>Ich habe Angst um meinen Ruf, weil unser syrisches Volk psychische Erkrankungen nicht anerkennt.</i></p>	-	Aus Sorge um seinen Ruf legt der Proband seine Erkrankung nicht vor anderen offen, die entweder aus Syrien kommen oder seine Familie kennen, weil psychische Erkrankungen in Syrien nicht anerkannt werden.	
13	P12	129-130	<i>Ich ärgere mich und vielleicht bestreite ich in psychischer Behandlung gewesen zu sein. Wie gesagt, diese Menschen werden mich für verrückt halten.</i>	-	Der Proband bestreitet aus Furcht, für verrückt erklärt zu werden, vor anderen, in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein.	
14	P13	54-57	<i>die Geheimhaltung darüber, dass ich eine psychische Behandlung in Anspruch nehme, denn die Leute werden denken, ich wäre verrückt oder so. Daher wartet man lieber ab, bevor man zum Psychiater geht. Genau dieses Abwarten stellt auch ein Hindernis dar.</i>	Ich halte geheim, dass ich eine psychische Behandlung in Anspruch nehme, weil die Leute denken werden, dass ich verrückt bin. Deshalb wartet man lieber, bevor man zum Psychiater geht. Auch dieses Abwarten stellt ein Hindernis dar.	Der Proband legt seine Erkrankung nicht vor anderen offen, weil er soziale Stigmatisierung befürchtet.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
15	P13	77-81	<i>Meiner Schwester in Saudi Arabien und meinen beiden Freunden, sonst niemandem. Zum einen würde sich meine Familie Sorgen machen und zum Anderen möchte ich nicht, dass die Leute denken, ich sei nicht Mann genug, ich habe Angst vor allen Dingen, sogar vor Wind oder ich bin verrückt oder ich habe eine gespaltene Persönlichkeit, also das was man so hört. Ich würde mich daher schämen.</i>	Vor meiner Schwester und meinen beiden Freunden würde ich meine Krankheit offenlegen, vor sonst niemandem. Erstens würde sich meine Familie Sorgen machen, zweitens möchte ich nicht, dass die Leute denken, dass ich nicht männlich genug bin und sogar vor Wind Angst habe, oder dass ich verrückt bin. Ich würde mich schämen.	Aus Scham und Furcht vor sozialer Stigmatisierung würde der Proband niemandem außer seiner Schwester und seinen beiden besten Freunden von seiner Erkrankung erzählen.	
16	P14	82-86	<i>Nur meinem Onkel. Er meint, ich soll mich nicht wundern, wenn die Ärzte nichts finden. Das gleiche ist ihm auch mal passiert. Ich erzähle immer nur der Person, der ich vertraue, denn viele haben eine zurückgebliebene Denkweise über die Psychiatrie und diskriminieren gleich den psychisch Kranken als Verrückten, also jemand, der nicht der Herr seiner Handlungen ist, vielleicht wegen einer bestimmten Gehirnstörung, wie Alzheimer oder so.</i>	Ich würde nur vor meinem Onkel meine Krankheit offenlegen. Er hat eine ähnliche Erfahrung gemacht. Ich erzähle nur Personen, denen ich vertraue von meiner Erkrankung, denn viele haben eine zurückgebliebene Denkweise und diskriminieren den psychisch Kranken als Verrückten, als jemanden, der nicht Herr seiner Handlungen ist.	Der Proband würde seine Erkrankung aus Furcht vor Stigmatisierung nur vor Menschen offenlegen, denen er vertraut.	
17	P15	118-119	<i>Ich würde mich schämen. Das ist eine Schande. So würden es die anderen verstehen, Verrücktsein.</i>	-	Der Proband würde sich schämen, wenn andere von seiner psychiatrischen Behandlung erfahren, weil es als Verrücktheit und Schande aufgefasst werden würde.	

**Hauptkategorie 4, Unterkategorie 2: Kulturell und religiös bedingte Vorbehalte (kulturelle Vorbehalte)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	109-113	<i>Nein, überhaupt nicht. Das ist eine Sache, an die ich gar nicht denke, bzw. mein letztes Besorgnis. Es gibt bei uns ein Sprichwort „wer seine Klamotten nass trägt, hat keine Angst davor, durch den Regen nass zu werden“. Deswegen sind mir Stammesangelegenheiten, Bräuche und Traditionen in dem Fall völlig egal. Es ist bei uns nicht üblich zum Psychiater zu gehen.</i>	Ich hatte keine Angst vor Psychiatrie oder gesellschaftlicher Ablehnung, darüber habe ich mir überhaupt keine Sorgen gemacht. Meine Krankheit wog schwerer als alle möglichen Vorbehalte gegen eine psychiatrische Behandlung. Es ist bei uns aber nicht üblich zum Psychiater zu gehen.	Die Störung des Probanden war so schwerwiegend, dass sie etwaige Vorbehalte gegen eine psychiatrische Behandlung überwog. Eine psychiatrische Behandlung ist in der Kultur des Probanden nicht üblich.	Alle Probanden, die diesen inhaltlichen Bereich ansprechen, geben an, dass psychische Erkrankungen und Psychiatrie in ihrer Kultur nicht etabliert, bzw. sogar stigmatisiert sind und eine psychischer Erkrankung häufig mit ‚Verrücktheit‘ gleichgesetzt würde.
2	P01	160-163	<i>Wenn ich mich psychiatrisch behandeln lassen würde, würde ich den Arabern nichts erzählen, weil sie eine ganz andere Interpretation haben als Deutsche. Psychisch krank bedeutet gleich für sie Verrücktsein, also jemand der die Kontrolle über seine Gedanken verloren hat. Das ist für mich einfach schwer auszuhalten.</i>	Wenn ich mich psychiatrisch behandeln lassen würde, würde ich den Arabern nichts erzählen, weil sie psychische Krankheit als Verrücktsein interpretieren würden. Das wäre für mich schwer auszuhalten.	Der Proband hat Vorbehalte, anderen Arabern von einer psychiatrischen Behandlung zu erzählen, da er befürchtet, dass diese das als Verrücktheit interpretieren würden.	Teilweise sind diese Überzeugungen bei den Probanden stark internalisiert. Nicht alle akzeptieren jedoch diese kulturell bedingten Vorurteile.
3	P02	50-51	<i>Ja, die Angst. Ich habe Angst, dass man mir unterstellt, ich bin verrückt, also sie wissen schon durcheinander. Nicht unbedingt Deutsche, die Syrer, die ich kenne.</i>	Ich habe Angst, dass Syrer, die ich kenne, mir unterstellen, dass ich verrückt bin.	Die Probandin befürchtet, von anderen Syrern als verrückt betrachtet zu werden.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
4	P02	67-70	<i>Ich habe das Gefühl, bei den Deutschen ist es eine normale Sache, wenn man sich psychisch behandeln lässt. Sie haben Verständnis, man kommt aus dem Kriegsgebiet und ist dadurch psychisch belastet. Bei den Syrern ist es gar nicht so. Die Syrer denken sofort, diese Person ist verrückt und lässt sich bei einem Psychiater behandeln.</i>	Für Deutsche ist es wahrscheinlich normal, sich psychisch behandeln zu lassen. Sie haben Verständnis, weil man aus einem Kriegsgebiet kommt und deshalb psychisch belastet ist. Syrer denken aber sofort, die Person ist verrückt.	Die Probandin hat Vorbehalte, ihre Krankheit gegenüber anderen Syrern offenzulegen, weil sie befürchtet, hierdurch sozial stigmatisiert zu werden.	
5	P04	138-140	<i>Selbst mein Bruder z. B. weiß nichts über meine Erkrankung, wir Araber würdigen einen, der so etwas hat, herab. Das ist meine Erkrankung, das betrifft nur mich und fertig.</i>	Selbst mein Bruder weiß nichts über meine Erkrankung, weil Araber Menschen herabwürdigen, die eine Erkrankung wie ich haben. Die Erkrankung betrifft nur mich und niemanden sonst.	Aufgrund kulturell bedingter, negativer Urteile vermeidet es die Probandin, anderen von ihrer Erkrankung zu erzählen.	
6	P06	136-140	<i>manchmal stellt die Angst vor der Realität, psychisch krank zu sein, ein Hindernis dar. In Syrien bedeutet es: „Wer zum Psychiater geht, ist verrückt.“ Das ist aus meiner Sicht dumm, falsch und eine zurückgebliebene Denkweise. Ich sehe das mittlerweile und auch früher anders: Wer sich den Fuß verstaucht, geht zum Orthopäden und wenn die Seele „verstaucht“ wird, geht man zum Psychiater.</i>	Manchmal stellt die Angst davor, wirklich psychisch krank zu sein, ein Hindernis dar. In Syrien gilt man als verrückt, wenn man zum Psychiater geht. Das ist aus meiner Sicht nicht zutreffend. Wer sich den Fuß verstaucht, geht schließlich auch zum Orthopäden und wenn man sich die Seele verstaucht, geht man eben zum Psychiater.	Dem Probanden sind die kulturellen Vorbehalte und Stigmatisierungen gegen psychische Krankheit bekannt, er betrachtet sie jedoch kritisch und stimmt ihnen nicht zu.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
7	P06	162-168	<i>Nur meinem Bruder. Er ist die einzige Person, der ich vertraue. In Syrien hat die Geheimhaltung auch bzgl. Epilepsie die höchste Priorität. Auch jetzt würde ich nicht sagen, ich war bei einem Psychiater. Das ist genauso stigmatisierend wie die Epilepsie, die ich habe (Probanden bagatellisiert: Einfache Epilepsie), nicht die Rede wert. Wenn man darüber spricht, dann ist mein Ruf in Gefahr. Bzgl. der psychiatrischen Behandlung habe ich sogar oft überlegt, ob ich meiner Frau überhaupt etwas erzähle. Ich werde diskriminiert mit „verrückt“ bzw. „gaga“, also jemand der nicht weiß, was er tut. Das muss nicht sein.</i>	Ich würde nur meinem Bruder von meiner Erkrankung erzählen, oder davon, dass ich bei einem Psychiater war, die Geheimhaltung hat höchste Priorität. Beides ist stigmatisierend und mein Ruf wäre in Gefahr. Ich habe sogar überlegt, ob ich meiner Frau von der psychiatrischen Behandlung erzähle. Es könnte passieren, dass ich als verrückt diskriminiert werde.	Der Proband vertraut nur seinem Bruder genug, um ihm von seiner Erkrankung zu erzählen. Epilepsie und sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, ist in der Kultur des Probanden stigmatisiert.	
8	P09	39-42	<i>Daheim hat Psychiatrie eine andere Bedeutung, z. B. verrückt sein, also jemand ohne Gehirn (Metapher für jemanden, der die Kontrolle über seine Handlungen verliert). Diese Denkweise habe ich aber nicht. Dort wird die Psychiatrie kulturell nicht akzeptiert.</i>	In Syrien bedeutet psychiatrische Behandlung, verrückt zu sein, aber diese Denkweise habe ich nicht. Die Psychiatrie wird dort kulturell nicht akzeptiert.	Kulturelle Vorbehalte gegen Psychiatrie stehen einer Offenlegung und der Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung entgegen.	
9	P10	91	<i>Bitte sagen sie nicht Psychiatrie! Es ärgert mich, verrückt bin ich nicht.</i>	-	Der Proband möchte nicht hören, dass er in psychiatrischer Behandlung ist, weil er glaubt, dass das bedeuten würde, er sei verrückt.	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
10	P12	122-124	<i>Psychisch krank ist dort Verrücktsein gleichbedeutend, also jemand, der einfach über seine Gedanken die Kontrolle verliert, also vielleicht schizophren wie meine Ex-Frau. In Deutschland habe ich weniger Probleme damit. Hier lebt jeder für sich.</i>	Psychische Krankheit ist in Syrien gleichbedeutend mit Verrücktheit, worunter wiederum der Verlust der Kontrolle über die eigenen Gedanken verstanden wird, wie bei der Schizophrenie. In Deutschland habe ich damit weniger Probleme, jeder lebt hier für sich.	In Syrien wird psychische Krankheit mit dem Verlust der Kontrolle über die eigenen Gedanken gleichgesetzt, in Deutschland ist sie weniger stigmatisiert.	
11	P13	93-95	<i>Natürlich schlecht, wie gesagt, ich schäme mich. Bei uns wird die Psychiatrie nicht akzeptiert und wenn einer sein Leiden offenbart, sprechen die Leute über schwarze Magie oder darüber, dass dieser besessen ist.</i>	Wenn andere über meine psychiatrische Behandlung Bescheid wissen, fühle ich mich schlecht, denn bei uns wird Psychiatrie nicht akzeptiert. Wenn einer sein Leiden offenbart, sprechen die Leute über schwarze Magie oder meinen, dass man besessen ist.	Der Proband schämt sich, wenn andere erfahren, dass er psychiatrisch behandelt wird, weil dies kulturell stigmatisiert ist.	
12	P15	86-88	<i>Ich wollte schon Anfang des Jahres 2017 zu einem Psychiater, aber mir war es peinlich und ich hatte Angst, dass man sagt, ich leide an einem schweren psychischen Zustand, zum Beispiel Verrücktsein.</i>	-	Furcht davor, dass bei ihm eine schwerwiegende psychische Krankheit diagnostiziert werden könnte, hielt den Probanden davon ab, sich in Behandlung zu begeben.	

**Hauptkategorie 4, Unterkategorie 3: Krankheitsbezogene Vorbehalte (*Krankheitsbezogene Vorbehalte*)**

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P01	22	<i>Die Angst davor, ich kann tatsächlich eine ernsthafte körperliche Erkrankung haben, also gehe ich lieber zum anderen Arzt. Vielleicht sind diese Schmerzen gar nicht psychisch bedingt.</i>	Die Angst, dass ich eine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, hat mich dazu gebracht, nicht zu einem Psychiater / Psychotherapeuten zu gehen, sondern zum Hausarzt.	Angst vor einer ernsthaften körperlichen Erkrankung führte dazu, dass zunächst keine psychiatrische / psychotherapeutische Hilfe gesucht wurde.	Epilepsie ist in den Augen einiger Probanden besonders stigmatisiert. Auch die Furcht davor, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, kann die Offenlegung verhindern.
2	P04	96-105	<i>Ich habe damit kein Problem zum Arzt zu gehen, irgendeinem Arzt, aber als ich die Diagnose einer Epilepsie bekam, habe ich meinem Mann gesagt, dass er es niemandem erzählt. Falls jemand fragt, soll er sagen, ich habe eine nervliche Erkrankung und werde deswegen behandelt. Ich habe Angst um den Ruf meiner jungen Töchter. Auch wenn der Arzt sagt, ich habe nur eine einfache Epilepsie, ist es schwierig wegen der Stigma. Bei uns würde man bei jeder Kleinigkeit sagen, die Epileptikerin hat das und jenes gemacht. Dass man über mich lästert, führt zu mehr Angst. Der Stress nimmt noch mehr zu, als er eh schon. Ich mag dieses Wort Epilepsie nicht, weil man mich nicht mehr respektieren würde. Egal was ich sage, die Leute werten mich gleich mit Idiotin, die sich nicht konzentrieren kann und deswegen wirres Zeug sagt, bezeichnen. Bei uns ist Epileptiker und Idiot gleich bedeutend.</i>	Als ich die Diagnose einer Epilepsie bekam, habe ich meinen Mann gebeten, niemandem davon zu erzählen, sondern zu sagen, ich hätte eine nervliche Erkrankung. Ich habe Angst um den Ruf meiner Töchter, eine Epilepsie geht mit einem Stigma einher, weil Epileptiker und Idiot bei uns gleichbedeutend sind. Ich habe Angst, dass man über mich lästern und mich nicht mehr respektieren könnte und der Stress nimmt dadurch noch mehr zu.	Die Probandin befürchtet soziale Stigmatisierung und Ausgrenzung von sich selbst und ihrer Töchter aufgrund der Epilepsie-Diagnose.	Epilepsie ist in den Augen einiger Probanden besonders stigmatisiert. Auch die Furcht davor, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, kann die Offenlegung verhindern.

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
3	P04	133-137	<i>Wenn man feststellt, dass was ich habe, ist psychisch bedingt, würde ich selber zum Psychiater gehen und wer über mich lästern will, kann dann lästern. Das interessiert mich nicht. Nur die Wörter Epilepsie, Krampfanfall oder Epileptiker, das dürfen die anderen nicht sagen (Probandin hebt den Zeigefinger).</i>	Wenn festgestellt würde, dass ich psychisch krank bin, würde ich selbst zum Psychiater gehen und mich nicht darum kümmern, was andere denken. Nur die Wörter Epilepsie, Krampfanfall oder Epileptiker, das dürfen die anderen nicht sagen.	Die Probandin würde bei einer entsprechenden Diagnose psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, jedoch müssten bestimmte Begriffe dabei vermieden werden.	

#### Hauptkategorie 4, Unterkategorie 4: Die Offenlegung begünstigende Faktoren (*begünstigende Faktoren*)

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	P03	177-179	<i>Nein, überhaupt nicht, sonst hätte ich vor Ihnen jetzt nicht geweint. Ich möchte, dass es mir weiter gut geht und wenn ich das Gefühl bekomme, ich brauche einen Psychiater, dann würde ich hingehen ohne an den einen oder an den anderen zu denken.</i>	Ich schäme mich nicht, einen Psychiater zu besuchen, sondern will vor allem, dass es mir weiter gut geht. Wenn ich das Gefühl hätte, einen Psychiater zu brauchen, würde ich auch zu ihm gehen, ohne über die Meinung anderer darüber nachzudenken.	Der Proband schämt sich nicht, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, egal was andere davon halten, sondern ist vor allem vom Wunsch getrieben, sich weiter gesund zu fühlen.	Ein Wunsch nach hoher Lebensqualität bzw. die Überzeugung, Hilfe zu benötigen, ein Aufenthalt in Deutschland mit Kontakt zur hier vorherrschende Perspektive auf psychische
2	P06	182-189	<i>Hier ist die Idee, sich psychiatrisch behandeln zu lassen, auch unter den Flüchtlingen nicht abwegig, nicht wie in Syrien. Ich kann mich an jemanden erinnern, der den Sprachkurs plötzlich abgebrochen hat und in der Früh über Tage nicht mehr erschien. Dieser hat ganz offen darüber geredet, dass er sich einer psychiatrischen Behandlung unterzogen hat, ohne sich zu</i>	In Deutschland ist die Idee, sich psychiatrisch behandeln zu lassen, auch unter Flüchtlingen nicht abwegig, anders als in Syrien. Ein Bekannter aus einem Sprachkurs hat ganz offen darüber geredet, dass er sich einer psychiatrischen Behandlung unterzogen hat. Trotzdem gibt es auch	In Deutschland sind Flüchtlinge offener dafür, sich psychiatrisch behandeln zu lassen. Die bürokratischen und institutionellen Hürden, um eine Behandlung zu bekommen, sind aber noch zu hoch. Auch wäre Aufklärungsarbeit zum Abbau der Stigmatisierung	Erkrankungen, ein hoher Leidensdruck, eine offene Einstellung und Vertrauen in die Personen, gegenüber denen die Krankheit offengelegt wird und die Möglichkeit, die Krankheit als somatische

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<p><i>schämen. Trotzdem passieren zurzeit viele Fehler:</i></p> <p>6. <i>Die Bürokratie, bis man eine Behandlung bekommt ist es sehr kompliziert, überhaupt etwas zu bekommen. Das führt zur Verspätung in der Behandlung.</i></p> <p>7. <i>Die Arbeit, verbunden mit Aufklärungsprogrammen, dass psychisch krank nichts Schlimmes ist, könnte helfen.</i></p>	<p>Schwierigkeiten, insbesondere die Bürokratie im Zusammenhang mit einer Behandlung, was dazu führen kann, dass die Behandlung zu spät beginnt und mangelnde Aufklärung zum Abbau der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen.</p>	<p>psychischer Erkrankungen wichtig.</p>	<p>Krankheit zu bezeichnen, begünstigen die Offenlegung.</p>
3	P07	60-62	<p><i>Von meinem Aussehen sieht man, dass ich psychisch krank bin. Deswegen ist es mir egal, ob jemand mich fragt. Und auch wenn jemand mich wirklich fragt, erzähle ich es ihm. Der Gott hat es so gewollt und ich kann nichts gegen den Willen Gottes machen.</i></p>	<p>Man sieht mir an, dass ich psychisch krank bin, deshalb ist es mir egal, ob jemand mich fragt – ich erzähle es ihm. Gott hat es so gewollt und ich kann nichts gegen den Willen Gottes machen.</p>	<p>Der Glaube an die Schicksalhaftigkeit seiner Erkrankung und der Umstand, dass der Proband überzeugt ist, dass man ihm seine Erkrankung ansieht, begünstigen eine Offenlegung.</p>	
4	P08	111-113	<p><i>Meinen Freunden und meiner Frau, weil ich offen und direkt bin. Ich mag nichts für mich behalten. Mich interessiert nicht, ob jemand über meine psychische Behandlung Bescheid weiß oder eben nicht.</i></p>	<p>Meinen Freunden und meiner Frau würde ich von meiner Krankheit erzählen, weil ich offen und direkt bin und nichts für mich behalten möchte. Es interessiert mich nicht, ob jemand von meiner Erkrankung weiß.</p>	<p>Die offene und direkte Einstellung und der Unwillen, etwas für sich zu behalten, begünstigen die Offenlegung.</p>	

Nr.	Proband	Zeile(-n)	Textteil	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
5	P11	102-104	<i>Nur meiner Familie, damit sie mir bei Entscheidungsfindungen hilft, wenn ich depressiv bin, denn in der Depression bin ich nicht in der Lage, Entscheidungen zu treffen, auch über Kleinigkeiten nicht.</i>	Ich würde nur meiner Familie von meiner Erkrankung erzählen, damit sich mir bei Entscheidungen hilft, denn wenn ich in einer depressiven Phase bin, bin ich nicht in der Lage, selbst im Hinblick auf Kleinigkeiten Entscheidungen zu treffen.	Weil er überzeugt ist, in depressiven Phasen keine Entscheidungen treffen zu können, würde der Proband seine Erkrankung vor seiner Familie offenlegen.	
6	P14	91-92	<i>Es ist beschämend und man wird benachteiligt. Aber wenn es um die reine Schmerzen im Magen oder im ganzen Körper geht, das darf jeder wissen.</i>	-	Der Proband schämt sich und fühlt sich benachteiligt, wenn andere wissen, dass er in psychiatrischer Behandlung ist. Wenn es um rein somatische Schmerzen geht, hat er jedoch keine Offenlegungsvorbehalte.	
7	P15	112-113	<i>Meinem Vater und meiner Schwester, weil ich beiden vertraue, dass sie das niemandem erzählen.</i>	-	Der Proband würde seine Krankheit nur solchen Menschen offenlegen, in die er Vertrauen hat, dass sie es niemandem erzählen.	

# Lebenslauf

**Mouayad Enjaieh**

**Geb. am 19.06.1984 in Damaskus**



<p><b>Universitäre Ausbildung und beruflicher Werdegang</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10.2003 – 06.2004</b> Deutsch als Fremdsprache / Universität Paderborn Zeugnis über die deutsche Sprachprüfung für den Hochschulzugang (DSH)</li> <li>• <b>10.2004 – 02.2007</b> Studium Medizin / Vorklinik an der LMU München Zeugnis über den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung</li> <li>• <b>02.2007 – 10.2011</b> Studium Medizin / Klinik an der TU München Zeugnis über den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung</li> <li>• <b>Approbation als Arzt am 01.04.2012</b></li> <li>• <b>06.2012 – 05.2013</b> Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Günzburg Neurologie, <b>Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. Bernhard Widder</b></li> <li>• <b>06.2013 – 02.2018</b> Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Günzburg Psychiatrie und Psychotherapie, <b>Prof. Dr. Thomas Becker</b></li> <li>• <b>Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie 11.01.2018</b></li> <li>• <b>03.2018 – 12.2019</b> Oberarzt im Bezirkskrankenhaus Donauwörth Psychiatrie und Psychotherapie, <b>PD Dr. Karel Frasch</b></li> <li>• <b>01.2020 – 12.2020</b> Vollzeitbeschäftigung mit Begutachtungstätigkeit als Facharzt in der Klinik für Forensische Psychiatrie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Südwestfalen am Standort Weissenau, <b>Dr. Udo Frank</b></li> <li>• <b>Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Landkreis Neu-Ulm 09.2020</b></li> <li>• <b>Seit dem 03.2021</b> Niedergelassen in Einzelpraxis: Psychiatrische Praxis Neu-Ulm, Gartenstraße 36, 89231 Neu-Ulm</li> </ul>
---	--

<b>Studienbegleitende Tätigkeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10.2008 – 12.2008</b> Infiltration-Coassistent in der orthopädischen Schön Klinik Harlaching, München, Prof. Dr. Mayer</li> <li>• <b>02.2010 – 05.2010</b> OP-Coassistent in der orthopädischen Klinik des Klinikums Rechts der Isar, München, Prof. Dr. Gradinger</li> <li>• <b>11.2011 – 02.2012</b> Coassistent im Kursus der makroskopischen Anatomie, LMU München, Prof. Dr. Waschke</li> <li>• <b>05.2005 – 05.2012</b> Nebentätigkeit in der Gastronomie/Service</li> </ul>
<b>Sprachkenntnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arabisch:</b> Muttersprache</li> <li>• <b>Deutsch:</b> Verhandlungssicher</li> <li>• <b>Englisch:</b> Konversationssicher</li> </ul>
<b>Schulbildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10.1990 – 06.1999</b> Grund- und Hauptschule El-Muhasnna Damaskus</li> <li>• <b>10.1999 – 06.2002</b> Gymnasium Yousef El-Azmeh Damaskus, naturwissenschaftliche Fachrichtung Abitur am 27.07.2002 in Damaskus</li> <li>• <b>10.2002 – 10.2003</b> Sprachschule Goethe Institut / Damaskus</li> </ul>
<b>Weitere Interessen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2009 – 2012</b> Engagement als Studentensprecher bei der Wohnheimselbstverwaltung, Studentenstadt München</li> <li>• <b>2014 – 2018</b> Engagement als Assistentensprecher im BKH Günzburg</li> <li>• Ausdauersport</li> <li>• Fußball</li> </ul>